**Zgoda na Remote Early Intervention (Remote EI) oraz wniosek o Prior Authorization (PA, wydanie upoważnienia)**

Zgoda rodziny na zastosowanie Remote Early Intervention (Remote EI, wczesnej interwencji na odległość):

*Przyjmuję do wiadomości, że moje wizyty będą realizowane zdalnie za pomocą telefonu lub z wykorzystaniem bezpiecznego połączenia wideo.*

*Otrzymałem(-am) pomoc techniczną, niezbędną do prawidłowego zastosowania powyższej procedury.*

*Przyjmuję do wiadomości, że zgodę mogę wycofać w dowolnym momencie.*

Imię i nazwisko (wielkimi literami):

Podpis: Data:

~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~

*W razie konieczności związanej z Programem Birth to Three (Od urodzin do wieku 3 lat), prosimy o wysłanie W SPOSÓB BEZPIECZNY WYŁĄCZNIE wiadomości e-mail na adres* [*CTBirth23@ct.gov*](mailto:CTBirth23@ct.gov) *(PA zawieszone w czasie Public Health Emergency (PHE, stanu zagrożenia zdrowia publicznego) w związku z COVID-19, za wyjątkiem telefonicznej Early Intervention Treatment Service (EITS, usługi leczenia w ramach wczesnej interwencji).*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa programu: | | | Imię dziecka: | | | Numer Birth to Three: |
| Data urodzenia: | Data rozpoczęcia: | | | Proponowana data zakończenia: | | Rodzaj usługi:  Ocena  Opinia  IFSP  EITS |
| Powód: Prosimy o szczegółowy opis:  Kompletny Individual Family Service Plan (IFSP, Indywidualny Plan Usług Rodzinnych) musi zostać dołączony | | | | | | |
| Która technologia zostanie zastosowana?:  HIPAA wymienione w OEC kompatybilne z aplikacją opartą o sieć internetową: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(nazwa)*  Telefon  Inne (prosimy opisać): | | | | | | |
| ***Tylko oddział neonatologii:*** | | | | | | |
| Data otrzymania wniosku:  Data odesłania do programu: | | Zatwierdzono  Powód odrzucenia:  Wymagane dodatkowe informacje: | | | Podpis osoby uprawnionej oraz data: | |

Niniejszym wycofuję zgodę:

Imię i nazwisko (wielkimi literami):

Podpis: Data: