**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* *(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: