**Remote Early Intervention (Remote EI) رضامندی اور Prior Authorization (PA)(پیشگی اجازت (PA)) کی درخواست کا فارم**

Remote EI(ریموٹ EI) کے استعمال کے لیے خاندان کی رضامندی:

*میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ فون یا محفوظ ویڈیو کنکشن کو استعمال کرتے ہوئے فاصلاتی طور پر میری ملاقاتیں مکمل کی جائیں گی۔*

*مجھے اسے موثر طور پر سر انجام دینے کے لیے تکنیکی معاونت فراہم کی گئی ہے۔*

*میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں اس رضامندی کو کسی بھی وقت منسوخ کر سکتا/سکتی ہوں۔*

*پرنٹ شدہ نام:*

دستخط: تاریخ:

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

*Birth to Three (پیدائش سے تین سال تک) پروگرام کو رازدارنہ طور پر صرف یہاں ای میل کریں* [*CTBirth23@ct.gov*](mailto:CTBirth23@ct.gov) *جیسا کہ درکار ہو (PA جس کو* Public Health Emergency *COVID-19 (PHE، صحتِ عامہ کی ایمرجنسی) کے دوران روک دیا گیا تھا ماسوائے صرف صوتی طور* پر Early Intervention Treatment Services *(EITS، ابتدائی مداخلت کے علاج کی خدمات) کے۔)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| پروگرام کا نام: | | | بچے/بچی کا نام: | | | Birth to Three کا نمبر: |
| تاریخ پیدائش: | تاریخ آغاز: | | | مجوزہ تاریخ اختتام: | | سروس کی قسم:  Eval.  تشخیص۔  IFSP  EITS |
| وجہ: براہ کرم تفصیلا بیان کریں:  مکمل Individualized Family Service Plan(IFSP، خاندان کی سروس کے انفرادی منصوبے) لازمی منسلک کیا جائے | | | | | | |
| کون سی ٹیکنالوجی استعمال کی جائے گی:  OEC فہرست شدہ HIPAA شکایت کی ویب پر مبنی ایپلیکیشن: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(نام)*  فون  دیگر (بیان کریں): | | | | | | |
| ***دفتر برائے نابالغان صرف:*** | | | | | | |
| جس تاریخ کو درخواست وصول ہوئی:  پروگرام میں واپسی کی تاریخ: | | منظور شدہ  انکار کی وجہ:  اضافی معلومات درکار ہیں: | | | مجاز دستخط اور تاریخ: | |

میں اس رضامندی کو منسوخ کرتا/کرتی ہوں:

پرنٹ شدہ نام:

دستخط: تاریخ: