



Department
of Health

Bureau of
Early Intervention

برنامج التدخل المبكر بولاية نيويورك
(New York State Early Intervention Program)
الموافقة على استخدام خدمة الرعاية الصحية عن بُعد
(Consent for the Use of Telehealth)

اسم الطفل _____
رقم برنامج التدخل المبكر _____ تاريخ الميلاد _____ / _____ / _____
العنوان _____ رقم الشقة _____
المدينة/ البلدة _____ الولاية New York الرمز البريدي _____
البلدية _____
الخدمات المراد تقديمها باستخدام الرعاية الصحية عن بُعد _____
رقم ترخيص الخدمة _____
اسم المعالج/ المعلم _____ الهاتف _____
الوكالة التابع لها مقدم الخدمة _____ الهاتف _____
منسق الخدمة _____ الهاتف _____
الوكالة التابع لها منسق الخدمة _____ الهاتف _____

التعليمات: يجب إكمال نموذج الموافقة هذا للاستفادة من الرعاية الصحية عن بُعد كإحدى طرق تقديم خدمات التدخل المبكر، فيما يتعلق بكل نوع خدمة مصرح بها للطفل، بما يشمل خدمات التقييم **السابقة** لبدء تقديم خدمات الرعاية الصحية عن بُعد. تُعد الرعاية الصحية عن بُعد إحدى طرق تقديم خدمات التدخل المبكر المتاحة للعائلات للمشاركة بعد الحصول على موافقة صريحة منها.

يمكن إعادة نموذج الموافقة على استخدام الخدمات الصحية عن بُعد عبر البريد الإلكتروني بعد توقيع ولي(ة) الأمر/ الوصي(ة) القانوني وإعادة نموذج الموافقة الأبوية على استخدام البريد الإلكتروني لتبادل المعلومات المحددة للهوية الشخصية (Parental Consent to Use E-mail to Exchange Personally Identifiable Information Form)، المتوفر هنا: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/docs/early_intervention_parent_consent_to_use_email.pdf

يجب الاحتفاظ بنموذج الموافقة على استخدام الرعاية الصحية عن بُعد في سجل الطفل. مطلوب نموذج موافقة مستقل لكل خدمة من خدمات التدخل المبكر.

أقر أنا، (الاسم الكامل لولي(ة) الأمر/ الوصي(ة) القانوني) _____، بالموافقة على تقديم خدمة

(أدخل نوع الخدمة) _____ لطفلي باستخدام الرعاية الصحية عن بُعد كإحدى طرق تقديم خدمات التدخل المبكر. أدرك أن خدمات الرعاية الصحية عن بُعد التي سيتلقاها طفلي ستفي بمتطلبات تفويض الخدمة في خطة الخدمة الفردية العائلية (Individualized Family Service Plan, IFSP) لطفلي، وأنها لن تُقدّم بجانب الخدمات المنزلية/ المجتمعية التي يُسمح لطفلي بتلقيها. أدرك أنه يُقصد من الرعاية الصحية عن بُعد تقديم خدمات التدخل المبكر باستخدام **محتوى صوتي ومرئي** في الوقت ذاته طوال مدة الجلسة. أدرك أنه يحق لي الوصول إلى جميع معلومات التدخل المبكر الناتجة عن جلسات مقدم الخدمة في شكل ملاحظات الجلسة وملاحظات التقدم المحرز استنادًا إلى طلب من منسق الخدمة الخاص بطفلي.

أقر باستلام نسخة من "حقوقك العائلية في برنامج التدخل المبكر" (Your Family Rights in the Early Intervention Program).

أدرك أنه يحق لي سحب هذه الموافقة كتابيًا في أي وقت ولأي سبب كان. في حال سحب موافقتي كتابيًا، من المتوقع أن يتوقف منسق خدمة طفلي عن تحديد مواعيد جديدة لجلسات الرعاية الصحية عن بُعد فيما يتعلق بالخدمة المذكورة أعلاه في غضون 7 أيام من استلام إشعارتي.

اسم ولي(ة) الأمر/ الوصي(ة) القانوني (بحروف واضحة) _____

توقيع ولي(ة) الأمر/ الوصي(ة) القانوني _____ التاريخ _____

يرجى ملاحظة: إذا كان نموذج الموافقة على الرعاية الصحية عن بُعد (Telehealth Consent Form) القابل للملء يتضمن توقيعًا إلكترونيًا لولي(ة) الأمر/ الوصي(ة) للموافقة على المشاركة في الرعاية الصحية عن بُعد، يجب أن يشتمل هذا التوقيع أيضًا على علامة التحقق من صحة التوقيع الإلكتروني (المتوفرة من خلال تطبيقات، مثل Adobe Acrobat و DocuSign، وما إلى ذلك) التي تتضمن تاريخ التوقيع والوقت في النموذج. إذا تعذر استيفاء هذا التدبير الاحترازي، فإنه يجب طباعة نموذج الموافقة على الرعاية الصحية عن بُعد للسماح لولي(ة) الأمر/ الوصي(ة) القانوني بالتوقيع لإبداء الموافقة على النسخة الورقية.