

**Program Wczesnej Interwencji Stanu Nowy Jork
(New York State Early Intervention Program)
Zgoda na korzystanie z telemedycyny
(Consent for the Use of Telehealth)**



**Department of Health
Bureau of Early Intervention**

Imię i nazwisko dziecka _____

Numer wczesnej interwencji _____ Data urodzenia ____ / ____ / ____

Ulica i nr budynku _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Stan Nowy Jork Kod pocztowy _____

Gmina _____

Usługi świadczone w ramach telemedycyny _____

Numer autoryzacji usług _____

Imię i nazwisko terapeuty/nauczyciela _____ Telefon _____

Agencja świadcząca usługi _____ Telefon _____

Koordynator usług _____ Telefon _____

Agencja koordynująca usługi _____ Telefon _____

Instrukcja: Niniejszy formularz zgody na korzystanie z telemedycyny jako metody świadczenia usług wczesnej interwencji należy wypełnić w odniesieniu do każdego rodzaju usługi autoryzowanego dla dziecka, w tym usług oceny, **zanim** będzie można rozpocząć świadczenie usług telemedycyny. Telemedycyna to metoda świadczenia usług wczesnej interwencji dostępna dla uczestniczących w programie rodzin po wyrażeniu przez nie zgody.

Ten formularz zgody na korzystanie z usług telemedycyny można wysłać pocztą e-mail, kiedy rodzic lub opiekun prawny podpisze i wyśle także Formularz zgody rodzica na używanie poczty elektronicznej do wymiany informacji umożliwiających identyfikację osób (Parental Consent to Use E-mail to Exchange Personally Identifiable Information Form) dostępny tutaj: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/docs/early_intervention_parent_consent_to_use_email.pdf

Formularz zgody na korzystanie z telemedycyny musi być przechowywany w dokumentacji dziecka. Do **każdej** usługi wczesnej interwencji jest wymagany osobny formularz zgody.

Ja, (imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego) _____, zgadzam się

na świadczenie usługi (podać typ usługi) _____ dla mojego dziecka przy użyciu telemedycyny jako metody świadczenia usług wczesnej interwencji. Rozumiem, że usługi telemedycyny, jakie będę otrzymywać moje dziecko, będą stanowić realizację obowiązku świadczenia usług w Indywidualnym Planie Usług Rodzinnych (Individualized Family Service Plan, IFSP) i nie będą świadczone dodatkowo względem usług domowych/ społecznych, do których jest upoważnione moje dziecko.

Rozumiem, że telemedycyna oznacza świadczenie usług wczesnej interwencji za pośrednictwem łączności **audio i wideo** jednocześnie przez cały czas trwania sesji.

Rozumiem, że przysługuje mi dostęp do wszystkich informacji o wczesnej interwencji wynikających z sesji usługodawcy w formie uwag dotyczących sesji i uwag dotyczących postępów na żądanie zgłoszone koordynatorowi usług mojego dziecka.

Udostępniono mi kopię „Praw rodziny w Programie Wczesnej Interwencji” (Your Family Rights in the Early Intervention Program).

Rozumiem, że mam prawo wycofać tę zgodę na piśmie w każdej chwili i z dowolnego powodu. Jeżeli wycofam zgodę na piśmie, należy oczekiwać, że koordynator usług mojego dziecka powstrzyma się od planowania nowych sesji telemedycyny związanych z powyższą usługą w ciągu 7 dni od otrzymania mojego zawiadomienia.

Rodzic / opiekun prawny (drukowanymi) _____

Podpis rodzica / opiekuna prawnego _____ Data _____

Uwaga: Jeżeli przeznaczony do wypełniania Formularz zgody na korzystanie z telemedycyny (Telehealth Consent Form) zawiera podpis elektroniczny rodzica / opiekuna prawnego potwierdzający zgodę na udział w usługach telemedycyny, **podpis ten musi także obejmować znacznik walidacji podpisu elektronicznego (dostępny za pośrednictwem takich aplikacji jak Adobe Acrobat, DocuSign itp.), który obejmuje datę i godzinę podpisu na formularzu.** Jeżeli brak tego zabezpieczenia, Formularz zgody na korzystanie z telemedycyny należy wydrukować, aby umożliwić rodzicowi / opiekunowi prawnemu podpisanie kopii papierowej zgody.