



ניו יארק סטעיט אוירלי אינטערווענשאן פראגראם (New York State Early Intervention Program) איינשטימונג פאר'ן באנוץ פון טעלעהעלט (Consent for the Use of Telehealth)

קינד'ס נאמען _____
אויירלי אינטערווענשאן נומער _____ געבורטס דאטום _____ / _____ / _____
אדרעס _____ אפארטמענט נומער _____
שטאט _____ סטעיט _____ ניו יארק _____ זיפ _____
מוניציפאליטעט _____
סערוויסעס צוגעשטעלט צו ווערן נוצנדיג טעלעהעלט _____
סערוויס באשטעטיגונג נומער _____
נאמען פון טעראפיסט/לערער _____ טעלעפאן _____
סערוויס פראוויידער אגענטור _____ טעלעפאן _____
סערוויס קאארדינעטאר _____ טעלעפאן _____
סערוויס קאארדינעטאר אגענטור _____ טעלעפאן _____

אינסטרוקציעס: די צושטימונג פארעם פאר'ן באנוץ פון טעלעהעלט אלס אן אוירלי אינטערווענשאן סערוויס צושטעלונג אופן, מוז אויסגעפילט ווערן פאר יעדע סארט סערוויס וואס איז באשטעטיגט געווארן פאר'ן קינד, אריינגערעכנט אפשצונג סערוויסעס **איידער** מען קען אנהייבן נוצן טעלעהעלט סערוויסעס. טעלעהעלט איז אן אוירלי אינטערווענשאן סערוויס צושטעלונג אופן וואס איז דא צו באקומען פאר אנטוויקלונגס פערזענלעכע צושטימונג.

די צושטימונג פארעם פאר'ן באנוץ פון טעלעהעלט קען צוריקגעשיקט ווערן דורכ'ן פאסט נאך דעם וואס די עלטערן/ליגעל גארדיען שרייבט אונטער און שיקט צוריק אויך די עלטערן צושטימונג צו נוצן אימעיל זיך צו אויסטוישן פערזענליך אידענטיפיצירבארע אינפארמאציע פארעם (Parental Consent to Use E-mail to Exchange Personally Identifiable Information Form), וואס מען קען טרעפן דא: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/docs/early_intervention_parent_consent_to_use_email.pdf

די צושטימונג פארעם פאר'ן באנוץ פון טעלעהעלט מוז געהאלטן ווערן אין דעם קינד'ס רעקארד. א באזונדערע צושטימונג פארעם איז געפאדערט פאר **יעדע** אוירלי אינטערווענשאן סערוויס.

איך (פולער נאמען פון מוטער/פאטער/ליגעל גארדיען) _____, שטייט צו אז מיין קינד'ס (לייגט אריין סארט סערוויס) _____ סערוויס זאל צוגעשטעלט ווערן נוצנדיג טעלעהעלט אלס אן אוירלי אינטערווענשאן סערוויס צושטעלונג אופן. איך פארשטיי אז די טעלעהעלט סערוויסעס וואס מיין קינד וועט באקומען וועלן ערפילן דעם סערוויס מאנדאט אין מיין קינד'ס אינדיוידואליזירטע משפחה סערוויס פלאן (Individualized Family Service Plan, IFSP) און ווערן נישט צוגעשטעלט אין צוגאב צו די היים/קאמיוניטי-באזירטע סערוויסעס וואס מיין קינד איז באשטעטיגט צו באקומען.

איך פארשטיי אז טעלעהעלט הייסט אז אוירלי אינטערווענשאן סערוויסעס וועלן צוגעשטעלט ווערן נוצנדיג **אודיא און ווידעא** גלייכצייטיג אין משך פון די סעשאן.

איך פארשטיי אז איך בין בארעכטיגט צו באקומען צוטריט צו אלע אוירלי אינטערווענשאן אינפארמאציע וואס קומט פון פראוויידער סעשאנס אין פארעם פון סעשאן נאטיצן און פארשריט נאטיצן ווען איך פארלאנג זיי פון מיין קינד'ס קאארדינעטאר.

איך האב באקומען א קאפיע פון "איינערע משפחה רעכטן אין די אוירלי אינטערווענשאן פראגראם" (Your Family Rights in the Early Intervention Program).

איך פארשטיי אז איך האב די רעכט שריפטליך צוריקצוציען די צושטימונג צו יעדע צייט צוליב סיי וועלכע סיבה. אין פאל וואס איך ציה צוריק די צושטימונג שריפטליך, וועט מיין קינד'ס סערוויס קאארדינעטאר ערווארטעט ווערן נישט צו באשטימען קיין נייע טעלעהעלט סעשאנס פאר די אויבנדערמאנטע סערוויס ביז צו 7 טעג נאכ'ן ערהאלטן מיין מעלדונג.

נאמען פון עלטערן/ליגעל גארדיען _____ (שרייבט ארויס) _____
אונטערשריפט פון עלטערן/ליגעל גארדיען _____ דאטום _____

ביטע נעמט אין אכט: אויב די אויספילבארע טעלעהעלט צושטימונג פארעם (Telehealth Consent Form) רעכנט אריין די עלעקטראנישע אונטערשריפט פון עלטערן/ליגעל גארדיען פאר'ן אנטויל נעמען אין טעלעהעלט, **מוז יענע אונטערשריפט אויך אריינרעכענען אן עלעקטראנישע אונטערשריפט גילטיגקייט מארקער (וואס מען קען באקומען דורך אפליקעישאנס ווי DocuSign, Adobe Acrobat א.א.וו.) וואס רעכנט אריין די דאטום און צייט פון אונטערשריפט אויף די פארעם.** אויב יענע שוץ מיטל איז נישט אוועלעבל, מוז מען פרינטן די טעלעהעלט צושטימונג פארעם כדי די עלטערן/ליגעל גארדיען זאלן קענען אונטערשרייבן די פאפירענע קאפיע פון די צושטימונג.