

न्यूयॉर्क स्टेट जल्दी हस्तक्षेप कार्यक्रम
(New York State Early Intervention Program)
टेलीहेल्थ के इस्तेमाल के लिए सहमति
(Consent for the Use of Telehealth)



Department of Health
Bureau of Early Intervention

बच्चे का नाम _____
जल्दी हस्तक्षेप संख्या _____ जन्म तिथि _____ / _____ / _____
पता _____ अपार्टमेंट नंबर _____
शहर/कस्बा _____ राज्य _____ न्यूयॉर्क _____ ज़िप _____
म्युनिसिपैलिटी _____
टेलीहेल्थ द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाएं _____
सेवा अधिकरण नंबर _____
थेरापिस्ट/शिक्षक का नाम _____ फोन _____
सेवा प्रदाता एजेन्सी _____ फोन _____
सेवा संयोजक _____ फोन _____
सेवा संयोजक एजेन्सी _____ फोन _____

निर्देश: जल्दी हस्तक्षेप सेवा प्रदान करने के तरीके के रूप में टेलीहेल्थ के इस्तेमाल के लिए इस सहमति फॉर्म को बच्चे के लिए मूल्यांकन सेवाओं सहित अधिकृत प्रत्येक सेवा प्रकार के लिए टेलीहेल्थ सेवाएं शुरू की जा सकें उससे पहले पूरा किया जाना चाहिए। जल्दी हस्तक्षेप सेवा प्रदान करने के तरीके के रूप में टेलीहेल्थ हिस्सा ले रहे परिवारों के लिए उनकी स्पष्ट सहमति के साथ उपलब्ध है।

टेलीहेल्थ के उपयोग के लिए इस सहमति फॉर्म को माता-पिता/कानूनी अभिभावक द्वारा यहाँ पर उपलब्ध व्यक्तिगत रूप से पहचान की जा सके ऐसी जानकारी से जुड़े फॉर्म (Parental Consent to Use E-mail to Exchange Personally Identifiable Information Form) के लेनदेन के लिए ईमेल का उपयोग करने के लिए माता-पिता की सहमति पर हस्ताक्षर करके वापस करने के बाद ईमेल द्वारा भी लौटाया जा सकता है: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/docs/early_intervention_parent_consent_to_use_email.pdf

टेलीहेल्थ के इस्तेमाल के लिए सहमति फॉर्म को बच्चे के रिकॉर्ड में रखा जाना चाहिए। प्रत्येक जल्दी हस्तक्षेप सेवा के लिए एक अलग सहमति फॉर्म आवश्यक है।

I, मैं, (माता-पिता/कानूनी अभिभावक का पूरा नाम) _____ मेरे बच्चे की (सेवा का प्रकार दर्ज करें)

_____ सेवा को जल्दी हस्तक्षेप सेवा प्रदान करने के तरीके के रूप में टेलीहेल्थ का इस्तेमाल करते हुए प्रदान किए जाने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे बच्चे को प्राप्त होने वाली टेलीहेल्थ सेवाएं मेरे बच्चे के वैयक्तिकृत पारिवारिक सेवा प्लान (Individualized Family Service Plan, IFSP) में मौजूद सेवा अध्यादेश को पूरा करेंगी और इन्हें मेरा बच्चा जिन घर/समुदाय आधारित सेवाओं को प्राप्त करने के लिए अधिकृत है उनके उपरांत भी प्रदान नहीं किया जा रहा है।

मैं समझता/समझती हूँ कि टेलीहेल्थ का मतलब है कि जल्दी हस्तक्षेप सेवाएं सत्र की अवधि के दौरान एक ही समय पर ऑडियो और वीडियो का इस्तेमाल करते हुए प्रदान की जाएंगी।

मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे बच्चे के सेवा संयोजक के माँग करने पर मुझे प्रदाता सेशन के परिणाम स्वरूप होने वाली सभी जल्दी हस्तक्षेप जानकारी को सेशन नोट्स और प्रोग्रेस नोट्स के रूप में प्राप्त करने का अधिकार है।

मुझे “जल्दी हस्तक्षेप प्रोग्राम में आपके परिवार के अधिकार” (Your Family Rights in the Early Intervention Program) की एक प्रति मिली है।

मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे किसी भी समय किसी भी वजह से इस सहमति को लिखित रूप से वापस लेने का अधिकार है। अगर मैं लिखित रूप से अपनी सहमति वापस लूँ तो उस स्थिति में मेरे बच्चे के सेवा संयोजक से मेरे नोटिस मिलने के 7 दिनों के भीतर ऊपर वर्णित सेवा के लिए कोई नया टेलीहेल्थ सेशन आयोजित करना टालने की अपेक्षा की जाती है।

माता-पिता/कानूनी अभिभावक का नाम (प्रिंट करें) _____

माता-पिता/कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर _____ तिथि _____

कृपया नोट करें: अगर भरने लायक टेलीहेल्थ सहमति फॉर्म (Telehealth Consent Form) में टेलीहेल्थ में हिस्सा लेने की सहमति के लिए माता-पिता/अभिभावक के इलेक्ट्रॉनिक हस्ताक्षर हैं, तो उस हस्ताक्षर में एक इलेक्ट्रॉनिक सिग्नेचर वेलिडेशन मार्कर भी शामिल होना चाहिए (जो कि Adobe Acrobat, DocuSign, आदि जैसे ऐप्लिकेशंस द्वारा उपलब्ध हैं) जिसमें फॉर्म पर हस्ताक्षर की तिथि और वक्त शामिल होता है। अगर वह सुरक्षोपाय उपलब्ध न हो, तो टेलीहेल्थ सहमति फॉर्म को प्रिंट किया जाना चाहिए, ताकि माता-पिता/कानूनी अभिभावक कागज़ी प्रति पर सहमति के लिए हस्ताक्षर कर सकें।