

न्यूयॉर्क राज्य प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रम  
(New York Early Intervention Program)  
टेलिहेल्थ प्रयोग गर्ने सहमति (Consent for the Use of Telehealth)



Department of Health  
Bureau of Early Intervention

बच्चाको नाम \_\_\_\_\_

प्रारम्भिक हस्तक्षेप नम्बर \_\_\_\_\_ जन्म मिति \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ठेगाना \_\_\_\_\_ अपार्टमेन्ट नम्बर \_\_\_\_\_

नगर/सहर \_\_\_\_\_ राज्य \_\_\_\_\_ न्यू यॉर्क \_\_\_\_\_ जिपकोड \_\_\_\_\_

नगरपालिका \_\_\_\_\_

टेलिहेल्थ प्रयोग गरेर प्रदान गरिने सेवाहरू \_\_\_\_\_

सेवा स्वीकृति नम्बर \_\_\_\_\_

थेरापिष्ट/शिक्षकको नाम \_\_\_\_\_ फोन \_\_\_\_\_

सेवा प्रदायक निकाय \_\_\_\_\_ फोन \_\_\_\_\_

सेवा संयोजक \_\_\_\_\_ फोन \_\_\_\_\_

सेवा संयोजक निकाय \_\_\_\_\_ फोन \_\_\_\_\_

**निर्देशनहरू:** टेलिहेल्थ सेवाहरू सुरु गर्नु पहिले, मूल्याङ्कन सेवाहरूलगायत बच्चाको लागि स्वीकृत गरिएको सेवाको हरेक प्रकारको निम्ति, प्रारम्भिक हस्तक्षेप सेवा प्रदान विधिको रूपमा टेलिहेल्थ प्रयोग गर्ने यो सहमति फाराम भर्नुपर्नेछ। टेलिहेल्थ भनेको सहभागी परिवारहरूलाई उनीहरूको प्रत्यक्ष सहमतिमा उपलब्ध हुने प्रारम्भिक हस्तक्षेप सेवा प्रदान विधि हो।

टेलिहेल्थ प्रयोग गर्ने यो सहमति फाराम इमेलमार्फत फिर्ता गर्न सकिनेछ, तर यसको लागि आमाबाबु/कानुनी अभिभावकले यहाँ दिइएको व्यक्तिगत पहिचानका जानकारी दिन इमेल प्रयोग गर्ने आमाबाबुको सहमति फाराम (Parental Consent to Use E-mail to Exchange Personally Identifiable Information Form) पनि हस्ताक्षर गरेर पठाउनुपर्नेछ: [https://www.health.ny.gov/community/infants\\_children/early\\_intervention/memoranda/docs/early\\_intervention\\_parent\\_consent\\_to\\_use\\_email.pdf](https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/docs/early_intervention_parent_consent_to_use_email.pdf)

टेलिहेल्थ प्रयोग गर्ने यो सहमति फाराम बच्चाको अभिलेखमा राखिनुपर्नेछ। हरेक प्रारम्भिक हस्तक्षेप सेवाको लागि छुट्टाछुट्टै सहमति फाराम आवश्यक पर्नेछ।

म, (आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको पूरा नाम) \_\_\_\_\_, मेरो बच्चाको (सेवाको प्रकार प्रविष्ट गर्नुहोस्) \_\_\_\_\_ सेवा प्रारम्भिक हस्तक्षेप सेवा प्रदान विधिको रूपमा टेलिहेल्थ प्रयोग गरी प्रदान गर्न सहमति प्रदान गर्छु। मैले बुझेको छु, मेरो बच्चाले प्राप्त गर्ने टेलिहेल्थ सेवाहरूले निजको वैयक्तिकृत परिवार सेवा योजना (Individualized Family Service Plan, IFSP) को सेवा कार्यदिश पूरा गर्नेछन् र यी सेवाहरू निजले पाउने अनुमति भएका गृह/समुदाय आधारित सेवाहरूको अतिरिक्त रूपमा प्रदान गरिएका होइनन्। मैले बुझेको छु, टेलिहेल्थ भन्नेबित्तिकै प्रारम्भिक हस्तक्षेप सेवाहरू सेवासत्रको अवधिमा **अडियो र भिडियो** सँगसँगै प्रयोग गरेर प्रदान गरिनेछन्। मैले बुझेको छु, सेवाप्रदायक सत्रहरूबाट प्राप्त परिणामबारे सबै प्रारम्भिक हस्तक्षेप जानकारी, मैले मेरो बच्चाको सेवा संयोजकलाई अनुरोध गरेर, सत्र टिपोटहरू र प्रगति टिपोटहरूको रूपमा पाउने मलाई अधिकार हुनेछ। मैले "प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रममा तपाईंका अधिकारहरू (Your Family Rights in the Early Intervention Program)" भन्ने दस्तावेजको एक प्रतिलिपि प्राप्त गरेको छु। मैले बुझेको छु, मैले कुनै पनि समय र कुनै पनि कारण लिखित रूपमा यो सहमति फिर्ता लिन सक्नेछु। मैले लिखित रूपमा सहमति फिर्ता लिएको अवस्थामा, मेरो बच्चाको सेवा संयोजकले मेरो सहमति फिर्ताको जानकारी पाएको 7 दिनभित्रदेखि नयाँ टेलिहेल्थ सेवाहरूको समय मिलाउने काम नगर्ने अपेक्षा गरिनेछ। आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको नाम (प्रिन्ट) \_\_\_\_\_

आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ मिति \_\_\_\_\_

**कृपया स्मरण रहोस्:** यदि टेलिहेल्थमा सहभागी हुनको लागि भर्नुपर्ने टेलिहेल्थ सहमति फाराम (Telehealth Consent Form) मा आमाबाबु/अभिभावकको विद्युतीय हस्ताक्षर पनि समावेश गरिएको छ भने, त्यो हस्ताक्षरमा हस्ताक्षर गरिएको मिति र समयजस्ता (Acrobat, DocuSign, आदि एप्लिकेशनमा उपलब्ध हुने) विद्युतीय हस्ताक्षर प्रमाण चिन्हहरू पनि सामेल हुनुपर्नेछ। यति त्यस्तो सुरक्षा उपाय उपलब्ध छैन भने, टेलिहेल्थ सहमति फाराम प्रिन्ट गरेर त्यो प्रिन्ट प्रतिमा आमाबाबु/अभिभावकलाई हस्ताक्षर गर्न दिनुपर्नेछ।