

आमाबुवाको नाम: _____

इमेल ठेगाना: _____

बच्चाको नाम: _____

जन्म मिति (mm/dd/yyyy): _____

तपाईंको अनुरोधमा, तपाईंले आफ्नो बच्चाको प्रारम्भिक विशेष सहायता उपचारसम्बन्धी व्यक्तिगत रूपमा पहिचान योग्य जानकारीलाई इमेलद्वारा इन्क्रिप्शनको प्रयोग नगरी सम्पर्क गर्न रोज्नुभएको छ। इमेलद्वारा व्यक्तिगत रूपमा पहिचान योग्य जानकारी पठाउँदा तपाईंले आफ्नो अनुमति दिनुअघि सचेत हुनुपर्ने धेरै जोखिम छन्। यी जोखिमहरूमा निम्न लगायतका कुराहरू पर्दछन्:

- अभिभावकको पूर्व जानकारीविना इमेल फर्वाईड गर्न र इलेक्ट्रोनिक र पेपर ढाँचामा सजिलैसँग भण्डारण गर्न सकिन्छ।
- इमेल प्रेषकहरूले गलत इमेल ठेगानामा इमेल पठाउन सक्छन् र गलतिले व्यक्तिगत रूपमा पहिचान योग्य जानकारी गलत प्राप्तकर्ताहरूकहाँ पुग्न सक्छ।
- इन्क्रिप्शनविना इन्टरनेटमार्फत पठाइएको इमेल सुरक्षित हुँदैन र अज्ञात तेस्रो पक्षहरूले अवरोध गर्न सक्छन्।
- इमेल सामग्री प्रेषक वा प्राप्तकर्ताको जानकारीविना परिवर्तन गर्न सकिन्छ।
- प्रेषक र प्राप्तकर्ताले सन्देशहरू मेटाएपछि पनि इमेलको ब्याकअप प्रतिलिपिहरू त्यहीं रहन सक्छन्।
- रोजगारदाता र अनलाइन सेवा प्रदायकहरूलाई उनीहरूको प्रणालीमार्फत पठाइएको इमेल जाँच गर्ने अधिकार छ।
- इमेलमा हानिकारक भाइरस र अन्य प्रोग्रामहरू हुन सक्छन्।

अभिभावकको स्वीकृति र सम्झौता

मैले व्यक्तिगत रूपमा पहिचान योग्य जानकारी सञ्चार गर्न इमेल प्रयोग गर्दा आइपर्ने जोखिमहरूको वर्णन गर्ने माथिका कुराहरू पढेको र बुझेको छु भनी म स्वीकार गर्दछु। तैपनि, म _____ मेरो इमेल ठेगानामा मेरो बच्चाको _____ प्रारम्भिक _____ विशेष सहायता कार्यक्रम (Early Intervention Program, EIP) मा सहभागिताको बारेमा, _____ सेवा वितरणको सम्बन्धमा सञ्चार, EIP मा उनीहरूको प्रगति र अन्य कुनै सम्बन्धित मामिला लगायतका कुराहरू मेरो इमेल ठेगानामा मसँग कुराकानी गर्ने _____ लाई अधिकार दिन्छु। इन्क्रिप्शनविना इमेलको प्रयोगले माथि उल्लेखित जोखिमहरू निम्त्याउँछ र त्यस्ता जानकारीको अनपेक्षित खुलासा हुन सक्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु।

(वैकल्पिक) यसको अतिरिक्त, म मेरो बच्चाको उपचार टोलीका सदस्यहरूलाई इन्क्रिप्ट नगरिएको इमेल प्रयोग गरेर एक अर्कासँग मेरो बच्चाका बारेमा व्यक्तिगत रूपमा पहिचान योग्य जानकारी सञ्चार गर्न अनुमति दिन्छु। मैले मेरो बच्चाका बारेमा एकअर्कासँग सञ्चार गर्न इन्क्रिप्ट नगरिएको इमेल प्रयोग गर्ने अनुमति दिने प्रारम्भिक विशेष सहायताटोलीका सदस्यहरू मा निम्न पर्दछन्:

1. _____ इमेल ठेगानाका साथ _____
2. _____ इमेल ठेगानाका साथ _____
3. _____ इमेल ठेगानाका साथ _____
4. _____ इमेल ठेगानाका साथ _____
5. _____ इमेल ठेगानाका साथ _____

आमाबुवाको हस्ताक्षर: _____ मिति (mm/dd/yyyy): _____

कृपया निम्न कुराहरूमा ध्यान दिनुहोस्: भर्न मिल्ने अभिभावकीय सहमति व्यक्तिगत रूपमा पहिचान योग्य जानकारी आदानप्रदान गर्न इमेल प्रयोग गर्नका लागि इमेलद्वारा आफ्नो बच्चाको प्रारम्भिक विशेष सहायता उपचार सम्बन्धी व्यक्तिगत रूपमा पहिचान योग्य जानकारी सञ्चार गर्न अनुमति दिने सहमतिका लागि आमाबुवा/कानूनी अभिभावकको इलेक्ट्रोनिक हस्ताक्षर समावेश छ भने, त्यो हस्ताक्षरले पनि हस्ताक्षर गरिएको मिति र समयलाई फाराममा समावेश गर्ने इलेक्ट्रोनिक हस्ताक्षर प्रमाणीकरण चिन्ह (Adobe Acrobat, DocuSign जस्ता एप्लिकेसनहरू मार्फत उपलब्ध) समावेश गर्नुपर्छ। सो सुरक्षा उपलब्ध छैन, नभएमा व्यक्तिगत रूपमा पहिचान योग्य जानकारी फाराम आदानप्रदान गर्नका लागि इमेल प्रयोग गर्न अभिभावकको सहमति प्रिन्ट गरिएको हुनुपर्छ।