|  |  |
| --- | --- |
| *Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte* |       |

*Convenio de Préstamo de Tecnología Asistencial*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del niño:** |       | **Fecha de nacimiento:** |       |  |
| **Fecha en la que CDSA recibió el equipo:** |        | **Fecha de Entrega a la Familia/Proveedor:** |       |  |
|  |  |  |  |  |
| **Número de inventario:** |       | **Nombre del Equipo:** |        | **Valor:** | $      |
| **Número de inventario:** |       | **Nombre del Equipo:** |        | **Valor:** | $      |
| **Número de inventario:** |       | **Nombre del Equipo:** |        | **Valor:** | $      |
| **Número de inventario:** |       | **Nombre del Equipo:** |        | **Valor:** | $      |
| **Número de inventario:** |       | **Nombre del Equipo:** |        | **Valor:** | $      |
| **Número de inventario:** |       | **Nombre del Equipo:** |        | **Valor:** | $      |
| **Número de inventario:** |       | **Nombre del Equipo:** |        | **Valor:** | $      |

|  |
| --- |
| Yo soy la persona responsable por este préstamo y estoy de acuerdo con lo siguiente, como lo indico con mis iniciales (& firma abajo): |
| **Proveedor de Servicio:** |
|       | 1. El aparato recibido está limpio y funciona bien. Las pilas fueron provistas, si corresponde. (Las pilas solamente serán provistas al principio del préstamo.) |
|  |
|       | 2. El aparato solamente será usado con el niño designado (el aparato no es transferible). |
|       | **3.** **Entiendo que el uso de esta tecnología de asistencia (AT) es un PRÉSTAMO. Accedo a devolver la AT cuando ya no se necesite** para evaluación ni ensayo de equipo, ó transferir el préstamo a la familia designada como sea determinado por el equipo del plan IFSP y facilitado por el/la EISC. |
|  |
| **Familia:** |
|       | 1. El aparato recibido está limpio y funciona bien. Las pilas fueron provistas, si corresponde. (Las pilas solamente serán provistas al principio del préstamo.) |
|  |
|       | 2. Yo fui instruido(a) en el uso apropiado y el cuidado del aparato y de cómo el aparato ayudará a lograr el resultado del IFSP. Estoy de acuerdo con ser responsable por el uso apropiado, el cuidado, la limpieza y el mantenimiento del aparato. |
|  |
|       | 3. Accedo a notificarle al EISC si el aparato no está funcionando apropiadamente. El artículo no será adaptado ni alterado de ninguna manera permanente. |
|       | 4. El aparato solamente será usado con el niño designado. |
|       | 5. Accedo a comunicarme rutinariamente con el/la EISC de mi hijo y el equipo IFSP respecto a la necesidad y el uso continuo del aparato en relación con el logro de el/los resultados del IFSP. |
|  |
|       | 6. Entiendo que puedo solicitar asistencia continua y entrenamiento del EISC relacionado con el uso del aparato para lograr el resultado del IFSP. El EISC coordinará el personal apropiado para proporcionar asistencia. |
|  |
|       | **7.** **Entiendo que el uso de esta tecnología de asistencia (AT) es un PRÉSTAMO. Accedo a devolver la AT cuando ya no se necesite** para lograr un resultado del IFSP, cuando mi hijo ya no esté inscrito, o cuando mi hijo salga del Programa Infante-Niños menores de Tres años. |
|  |
|       | **8.** **Yo entiendo que puedo ser responsable por el dispositivo perdido, dañado, no devuelto en cálida de préstamo a mi hijo.** |
| **Firma:** |       | **Fecha Recibido:** |       |  |
| **Nombre en imprenta:** |       | **Relación con el Niño:** |       |  |
| **Nombre del Proveedor de Servicios:** |       | **Firma del Proveedor de Servicios:** |       |  |
| Nombre de la Agencia del Proveedor de Servicio:  |       |  |
| Dirección: |       | Ciudad: |       | Estado: |    | Código postal: |       |  |
|  |