|  |  |
| --- | --- |
| **ﺑرﻧﺎﻣﺞ وﻻﯾﺔ كارولينا الشمالية ﻟﻸطﻔﺎل اﻟرﺿﻊ واﻷطﻔﺎل اﻟﺻﻐﺎر** |       |

**اتفاقية استعارة التكنولوجيا المساعدة**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **اسم الطفل:** |       | **تاريخ ميلاد الطفل:** |       |  |
| **تاريخ استلام الجهاز من قبل CDSA:** |        | **تاريخ تسليمه إلى الأسرة/المُقدِّم:** |       |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رقم الفاتورة:** |       | **العنصر:** |        | **القيمة:** |       دولار |
| **رقم الفاتورة:** |       | **العنصر:** |        | **القيمة:** |       دولار |
| **رقم الفاتورة:** |       | **العنصر:** |        | **القيمة:** |       دولار |
| **رقم الفاتورة:** |       | **العنصر:** |        | **القيمة:** |       دولار |
| **رقم الفاتورة:** |       | **العنصر:** |        | **القيمة:** |       دولار |
| **رقم الفاتورة:** |       | **العنصر:** |        | **القيمة:** |       دولار |
| **رقم الفاتورة:** |       | **العنصر:** |        | **القيمة:** |       دولار |

|  |
| --- |
| أنا الشخص المسؤول عن هذه الاستعارة، وأوافق على ما يلي كما هو موضح بالأحرف الأولى من اسمي (والتوقيع أدناه): |
| **مقدم الخدمة:** |
|       | 1. الجهاز الذي تم استلامه نظيف وفي حالة تشغيل جيدة. تم توفير البطاريات إذا لزم الأمر. (سيتم توفير البطاريات عند وقت الاستعارة الأولية فقط). |
|  |
|       | 2. سيتم استخدام الجهاز فقط مع الطفل المحدد (الجهاز غير قابل للتحويل). |
|       | 3. **أفهم أن استخدام هذه التكنولوجيا المساعدة (AT) هو على سبيل الاستعارة. وأوافق على إعادة التكنولوجيا المساعدة (AT) عندما لا تكون هناك حاجة** إليها لأغراض التقييم أو التجربة، أو نقل الجهاز المستعار إلى الأسرة المحددة وفقًا لما يقرره فريق خطة الخدمات الفردية للأسرة (IFSP) وبإشراف منسق خدمات التدخل المبكر (EISC).  |
|  |
| **الأسرة:** |
|       | 1. الجهاز الذي تم استلامه نظيف وفي حالة تشغيل جيدة. تم توفير البطاريات إذا لزم الأمر. (سيتم توفير البطاريات عند وقت الاستعارة الأولية فقط). |
|  |
|       | 2. تم إرشادي بشأن الاستخدام الصحيح للجهاز والعناية به، وكيفية مساهمته في تحقيق أهداف خطة IFSP. أوافق على تحمل المسؤولية الكاملة عن الاستخدام الصحيح للجهاز والعناية به وتنظيفه وصيانته. |
|  |
|       | 3. أوافق على إخطار EISC إذا كان الجهاز لا يعمل بشكل صحيح. ولن يتم تعديل أو تغيير الجهاز بشكل دائم. |
|       | 4. سيتم استخدام الجهاز فقط مع الطفل المحدد. |
|       | 5. أوافق على التواصل بشكل دوري مع فريق EISC وIFSP الخاص بطفلي فيما يتعلق بالحاجة المستمرة للجهاز واستخدامه في تحقيق أهداف IFSP. |
|  |
|       | 6. أفهم أنه بإمكاني طلب المساعدة والتدريب المستمر من EISC فيما يتعلق باستخدام الجهاز لتحقيق أهداف خطة IFSP. سوف يقوم EISC بالتنسيق مع الكوادر المناسبة لتقديم الدعم |
|  |
|       | 7. **أفهم أن استخدام هذه التكنولوجيا المساعدة (AT) هو على سبيل الاستعارة. أوافق على إعادة التكنولوجيا المساعدة (AT) عندما لم تعد هناك حاجة إليها** لتحقيق نتيجة IFSP، أو عندما لم يعد طفلي مسجلاً، أو عندما يخرج من برنامج الأطفال الرضع والصغار. |
|  |
|       | 8. **أفهم أنني قد أكون مسؤولاً عن الجهاز المفقود أو التالف أو غير المُعاد الذي تم استعارته من أجل طفلي.** |
| **التوقيع:** |       | **تاريخ الاستلام:** |       |  |
| **الاسم الكامل:**  |       | **صلة القرابة بالطفل:** |       |  |
| **اسم مقدم الخدمة:** |       | **توقيع مقدم الخدمة:** |       |  |
| اسم الجهة التابع لها مقدم الخدمة:  |       |  |
| العنوان: |       | المدينة: |       | الولاية: |    | الرمز البريدي: |       |  |
|  |