|  |  |
| --- | --- |
| *Programme pour nourrissons et tout-petits de Caroline du Nord* |       |

*Accord de prêt de la technologie d'assistance*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’enfant:** |       | **Date de naissance de l’enfant:** |       |  |
| **Date de réception de l'équipement par CDSA :** |        | **Date de livraison à la famille/fournisseur :** |       |  |
|  |  |  |  |  |
| **Numéro de la facture:** |       | **Élément:**  |        | **Valeur:** | $      |
| **Numéro de la facture:** |       | **Élément:** |        | **Valeur:** | $      |
| **Numéro de la facture:** |       | **Élément:** |        | **Valeur:** | $      |
| **Numéro de la facture:** |       | **Élément:** |        | **Valeur:** | $      |
| **Numéro de la facture:** |       | **Élément:** |        | **Valeur:** | $      |
| **Numéro de la facture:** |       | **Élément:** |        | **Valeur:** | $      |
| **Numéro de la facture:** |       | **Élément:** |        | **Valeur:** | $      |

|  |
| --- |
| Je suis la responsable de ce prêt et j'accepte ce qui suit, comme indiqué par mes initiales (et ma signature ci-dessous) :I am the responsible person for this loan, and I agree to the following as indicated by my initials (& signature below): |
| **Service Provider:** |
|       | 1. The device received is clean and in working condition. Batteries were supplied if appropriate. (Batteries will only be provided at initial time of loan.) |
|  |
|       | 2. The device will only be used with the designated child (the device is not transferable). |
|       | 3. **I understand that the use of this assistive technology (AT) is by LOAN. I agree to return the AT when no longer needed** for assessment and equipment trial or to transfer the loan to the designated family as determined by the IFSP team and facilitated by the EISC.  |
|  |
| **Famille:** |
|       | 1. Le dispositif reçu est propre et en état de fonctionnement. Les batteries étaient fournies si nécessaire. (Les batteries ne seront fournies qu'au moment du prêt initial.) |
|  |
|       | 2. J'ai reçu des instructions concernant l'utilisation et l'entretien appropriés du dispositif et de la manière dont le dispositif aidera à traiter le résultat de l'IFSP. J'accepte d'être la responsable de l'utilisation, de l'entretien, du nettoyage et de la maintenance appropriée du dispositif. |
|  |
|       | 3. J'accepte de notifier l’EISC si le dispositif ne fonctionne pas correctement. L'élément ne sera pas adapté ou modifié de manière permanente. |
|       | 4. Le dispositif ne sera utilisé qu'avec l'enfant désigné. |
|       | 5. J'accepte de communiquer régulièrement avec l'équipe EISC et IFSP de mon enfant concernant le besoin continu et l'utilisation du dispositif dans le cadre de l'atteinte des résultats de l’IFSP. |
|  |
|       | 6. Je comprends que je peux demander une assistance et une formation continues de l'EISC concernant l'utilisation du dispositif pour atteindre le résultat de l’IFSP. L'EISC coordonnera le personnel approprié pour fournir une assistance. |
|  |
|       | 7. **Je comprends que l'utilisation de cette technologie d'assistance (AT) est par PRÊT. J’accepte de rendre la technologie d’assistance lorsqu’elle n'est plus nécessaire** pour atteindre le résultat de l’IFSP, lorsque mon enfant n'est plus inscrit ou lorsque mon enfant quitte le programme pour nourrissons et tout-petits.  |
|  |
|       | 8. **Je comprends que je peux être responsable d'un dispositif perdu, endommagé ou non rendu prêté à mon enfant.**  |
| **Signature :** |       | **Date de réception:**  |       |  |
| **Nom en caractère d'imprimer :**  |       | **Relation avec l’enfant:** |       |  |
| **Nom du fournisseur de services :** |       | **Signature du fournisseur de services:** |       |  |
| Nom de l’agence du fournisseur de services :  |       |  |
| Adresse: |       | Ville : |       | État : |    | Code postal: |       |  |
|  |