|  |  |
| --- | --- |
| ***برنامه نوزادان - اطفال نوپای کارولینای شمالی******توافقنامه قرض تکنالوژی کمکی*** |       |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام طفل:** |       | **تاریخ تولد طفل:** |       |  |
| **تاریخ دریافت تجهیزات توسط CDSA:** |        | **تاریخ تحویل به خانواده/ارائه دهنده:** |       |  |
|  |  |  |  |  |
| **شماره Inv:** |       | **مورد:** |        | **قیمت:** | $      |
| **شماره Inv:** |       | **مورد:** |        | **قیمت:** | $      |
| **شماره Inv:** |       | **مورد:** |        | **قیمت:** | $      |
| **شماره Inv:** |       | **مورد:** |        | **قیمت:** | $      |
| **شماره Inv:** |       | **مورد:** |        | **قیمت:** | $      |
| **شماره Inv:** |       | **مورد:** |        | **قیمت:** | $      |
| **شماره Inv:** |       | **مورد:** |        | **قیمت:** | $      |

|  |
| --- |
| من مسئول این قرض هستم و با موارد ذیل، همانطور که در حروف اول نام (و امضای ذیل) مشخص شده است، موافقم: |
| **فراهم کننده خدمات:** |
|       | 1. دستگاه دریافت شده پاک و قابل استفاده است. در صورت لزوم بتری‌ها تأمین شدند. (بتری‌ها فقط در زمان اولیه قرض ارائه می‌شوند.) |
|  |
|       | 2. این دستگاه فقط با طفل تعیین‌شده استفاده خواهد شد (دستگاه قابل انتقال نیست). |
|       | 3. **من می دانم که استفاده از این تکنالوژی کمکی (AT) توسط LOAN انجام می‌شود. من موافقت می‌کنم که وقتی دیگر نیازی به AT** برای ارزیابی و آزمایش تجهیزات نباشد، آن را برگردانم یا قرض را به خانواده تعیین‌شده طبق تصمیم تیم IFSP و با تسهیل EISC منتقل کنم.  |
|  |
| **خانواده:** |
|       | 1. دستگاه دریافت شده پاک و قابل استفاده است. در صورت لزوم بتری‌ها تأمین شدند. (بتری‌ها فقط در زمان اولیه قرض ارائه می‌شوند.) |
|  |
|       | 2. نحوه استفاده و مراقبت صحیح از دستگاه و اینکه چگونه دستگاه در رسیدگی به نتیجه IFSP کمک خواهد کرد، به من آموزش داده شد. من موافقت می‌کنم که مسئولیت استفاده صحیح، مراقبت، پاک کردن و نگهداری از دستگاه را بر عهده بگیرم. |
|  |
|       | 3. من موافقت می‌کنم که در صورتی که دستگاه صحیح کار نمی کند، به EISC اطلاع دهم. این دستگاه به هیچ وجه به طور دائمی تبدیل یا تغییر داده نخواهد شد. |
|       | 4. این دستگاه فقط با طفل تعیین‌شده استفاده خواهد شد. |
|       | 5. من موافقت می‌کنم که به طور مرتب با تیم EISC و IFSP طفلم در مورد نیاز مداوم و استفاده از دستگاه در رابطه با دستیابی به نتیجه(های) IFSP ارتباط برقرار کنم. |
|  |
|       | 6. من می دانم که می‌توانم از EISC درخواست کمک و آموزش مداوم در رابطه با استفاده از دستگاه برای برآورده کردن نتیجه IFSP داشته باشم. EISC پرسونل مناسب را برای ارائه کمک هماهنگ خواهد کرد. |
|  |
|       | 7. **من می دانم که استفاده از این تکنالوژی کمکی (AT) توسط LOAN انجام می‌شود. من موافقت می‌کنم که وقتی دیگر نیازی به دستیابی** به نتیجه IFSP نباشد، وقتی فرزندم دیگر ثبت‌نام نکرده باشد، یا وقتی فرزندم از برنامه نوزاد-کودک نوپا خارج شود، گواهی سلامت را برگردانم.  |
|  |
|       | 8. **من می دانم که ممکن است مسئول گم شدن، آسیب دیدن یا عدم بازگرداندن دستگاهی باشم که به طفلم قرض داده شده است.**  |
| **امضا:** |       | **تاریخ دریافت:** |       |  |
| **نام به حروف واضح:**  |       | **ارتباط با طفل:** |       |  |
| **نام فراهم کننده خدمات:** |       | **امضای فراهم کننده خدمات:** |       |  |
| نام اداره فراهم کننده خدمت:  |       |  |
| آدرس: |       | شهر: |       | ايالت: |    | کود پستی: |       |  |
|  |