|  |  |
| --- | --- |
| ***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: |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |