|  |  |
| --- | --- |
| ***نارتھ کیرولینا انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام*** |  |

***معاون ٹیکنالوجی قرض کا معاہدہ***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **بچے کا نام:** |       | **بچے کی تاریخ پیدائش:** |       |  |
| **CDSA کی جانب سے موصول ہونے والے آلہ کی تاریخ:** |        | **خاندان/ فراہم کنندہ کو فراہم کرنے کی تاریخ:** |       |  |
|  |  |  |  |  |
| **بل#:** |       | **آئٹم:** |        | **قدر:** | $      |
| **بل#:** |       | **آئٹم:** |        | **قدر:** | $      |
| **بل#:** |       | **آئٹم:** |        | **قدر:** | $      |
| **بل#:** |       | **آئٹم:** |        | **قدر:** | $      |
| **بل#:** |       | **آئٹم:** |        | **قدر:** | $      |
| **بل#:** |       | **آئٹم:** |        | **قدر:** | $      |
| **بل#:** |       | **آئٹم:** |        | **قدر:** | $      |

|  |
| --- |
| میں اس قرض کا ذمہ دار شخص ہوں اور میں درج ذیل سے متفق ہوں جس کی وضاحت میرے مختصر دستخط کے ذریعے کی گئی ہے (اور نیچے دستخط کیے گئے ہیں): |
| **سروس فراہم کنندہ:** |
|       | 1. موصول ہونے والی ڈیوائس صاف اور کام کرنے کی حالت میں ہے۔ حسب مناسب بیٹریاں فراہم کی گئیں ہیں۔ (بیٹریاں صرف قرض کی شروعات پر فراہم کی جائیں گی۔) |
|  |
|       | 2. ڈیوائس کو صرف نامزد بچے کے لیے ہی استعمال کیا جائے گا (ڈیوائس قابل منتقلی نہیں ہے)۔ |
|       | 3. **میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس معاون ٹیکنالوجی (AT) کا استعمال قرض کے تحت ہے۔** تشخیص اور آلہ کی آزمائش کی مزید ضرورت نہ ہونے پر **میں AT کو واپس کرنے** یا IFSP ٹیم کے ذریعے متعین کردہ اور EISC کے ذریعے سہولت فراہم کردہ نامزد خاندان کو قرض کی منتقلی کے لیے **متفق ہوں**۔  |
|  |
| **خاندان:** |
|       | 1. موصول ہونے والی ڈیوائس صاف اور کام کرنے کی حالت میں ہے۔ حسب مناسب بیٹریاں فراہم کی گئیں ہیں۔ (بیٹریاں صرف قرض کی شروعات پر فراہم کی جائیں گی۔) |
|  |
|       | 2. مجھے ڈیوائس کے صحیح استعمال اور دیکھ بھال کرنے اور اس بارے میں ہدایت دی گئی تھی کہ ڈیوائس IFSP کے نتائج کو حل کرنے میں کس طرح سے میری مدد کرے گی۔ میں ڈیوائس کے مناسب استعمال، دیکھ بھال، صفائی اور رکھ رکھاؤ کے لیے ذمہ دار ہونے سے متفق ہوں۔ |
|  |
|       | 3. اگر ڈیوائس ٹھیک سے کام نہیں کر رہی ہے تو میں EISC کو مطلع کرنے سے متفق ہوں۔ آئٹم کو کسی بھی مستقل طریقے سے قبول یا تبدیل نہیں کیا جائے گا۔ |
|       | 4. ڈیوائس کو صرف تفویض کردہ بچے کے ساتھ ہی استعمال کیا جائے گا۔ |
|       | 5. میں اپنے بچے کی EISC اور IFSP ٹیم کے ساتھ IFSP کے نتائج حاصل کرنے کے سلسلے میں ڈیوائس کی مسلسل ضرورت اور استعمال کے حوالے سے معمول کے مطابق بات چیت سے متفق ہوں۔ |
|  |
|       | 6. میں سمجھتا ہوں کہ میں IFSP کے نتائج کو پورا کرنے کے لیے ڈیوائس کے استعمال سے متعلق EISC سے جاری مدد اور تربیت کی درخواست کر سکتا ہوں۔ مدد فراہم کرنے کے لیے EISC مناسب اہلکاروں کو مربوط کرے گا |
|  |
|       | 7. **میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس معاون ٹیکنالوجی (AT) کا استعمال قرض کے تحت ہے۔** جب میرا بچہ مزید مندرج نہ ہو، یا جب میرا بچہ انفینٹ ٹوڈلر پروگرام سے باہر ہو جائے تو **میں** IFSP نتیجہ حاصل کرنے کے لیے **مزید ضرورت نہ ہونے پر AT کو واپس کرنے پر متفق ہوں**۔  |
|  |
|       | 8. **میں سمجھتا ہوں کہ میں اپنے بچے کے لیے قرض پر گمشدہ، خراب، یا واپس نہ کی گئی ڈیوائس کے لیے ذمہ دار ہو سکتا ہوں۔**  |
| **دستخط:** |       | **موصول ہونے کی تاریخ:** |       |  |
| **جلی حروف میں نام:**  |       | **بچے سے رشتہ:** |       |  |
| **سروس فراہم کنندہ کا نام:** |       | **سروس فراہم کنندہ کے دستخط:** |       |  |
| سروس فراہم کنندہ کی ایجنسی کا نام:  |       |  |
| پتہ: |       | شہر: |       | ریاست: |    | زپ کوڈ: |       |  |
|  |