|  |
| --- |
|  |

***موافقة برنامج ولاية كارولينا الشمالية للأطفال   
الرضع والأطفال الصغار على تلقي الرسائل النصية***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. من خلال توقيعي أدناه، أُفوض |  | وكالة خدمات تنمية الطفل (CDSA) |

بالاتصال بي عبر رسائل نصية قصيرة (SMS) لتذكيري بالمواعيد وإرسال روابط *DocuSign*.

أنا على علم بأن الرسائل/البيانات المرسلة من قبل هذه الوكالة قد تخضع لرسوم ضمن خطة الهاتف الخلوي الخاصة بي.

1. قد تتضمن المعلومات المضمنة في الرسائل النصية الاسم الأول لطفلي، وتاريخ/وقت المواعيد، واسم منسق خدمة التدخل المبكر (EISC)/مقدم الخدمة الآخر، ورقم هاتف منسق خدمة التدخل المبكر/المقدم، ورابط إلى *DocuSign* للوصول إلى المستندات التي تتطلب توقيع الوالد/مقدم الرعاية، أو معلومات أخرى ذات صلة.
2. أتفهم أن الرسائل النصية ليست وسيلة آمنة للتواصل. وهناك بعض المخاطر التي قد تؤدي إلى توجيه المعلومات الشخصية القابلة للتحديد، أو المعلومات الصحية المحمية، و/أو غيرها من المعلومات الحساسة أو السرية إلى أطراف ثالثة غير مخوّلة، أو اطلاعهم عليها، أو اعتراضها.
3. أفهم أنه في حال عدم تحديد تاريخ انتهاء صلاحية أو شرط محدد، فإن هذه الموافقة تظل سارية للفترة الزمنية اللازمة لتحقيق الغرض منها، وذلك لمدة تصل إلى عام واحد.
4. أعلم أنني لست ملزمًا بمنح الموافقة لـ CDSA لإرسال رسائل نصية إليّ. ويمكنني "إلغاء الاشتراك" في تلقي هذه الاتصالات في أي وقت من خلال تأريخ وتوقيع قسم الإلغاء. كما أفهم أن أي إجراء تم اتخاذه بناءً على هذه الموافقة قبل تاريخ الإلغاء يُعد قانونيًا وملزمًا.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. رقم هاتفي النصي/المحمول هو | (   )      - |

1. من خلال توقيعي أدناه، أُقر بأنني المستخدم الأساسي لرقم الهاتف المحمول المُدرج أعلاه، وأقبل بالمخاطر الموضحة أعلاه، وأوافق على استلام رسائل نصية من

موظفي CDSA على رقم الهاتف الذي قدمته.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  |  | | |  |  |  | |
| الاسم الأول للطفل | | | | | الاسم الأوسط | اسم العائلة | | |  | تاريخ الميلاد | |  |
| توقيع الوالد/الوصي: | | |  | | | | التاريخ: |  | | | |  |
| العنوان: | |  | | | | | | | | | |  |
| المدينة/الولاية/الرمز البريدي: | | | |  | | | | | | | |  |
| الشاهد: |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **قسم الإلغاء** | | | | |
| أطلب بموجبه إلغاء هذا الإقرار، اعتبارًا من | |  | |  |
|  | | *(التاريخ)* | |  |
| توقيع الوالد/الوصي: |  | | |  |
| التاريخ: |  | |  |  |
|  |  | |  |  |