|  |
| --- |
|  |

***برنامه نوزادان - اطفال نوپای کارولینای شمالی  
رضایت برای دریافت پیام‌های متنی***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. با امضای ذیل، به |  | اداره خدمات رشد اطفال |

(CDSA) اجازه می‌دهم از طریق پیامک (سرویس پیام کوتاه) برای یادآوری قرار ملاقات‌ها و لینک‌های *DocuSign* با من تماس بگیرد.

من متوجه هستم که نرخ پیام/داده ممکن است برای پیام‌های ارسالی توسط این CDSA تحت طرح تلفن همراه من اعمال شود.

1. اطلاعات موجود در پیامک‌ها ممکن است شامل نام کوچک فرزند من، تاریخ/زمان قرار ملاقات‌ها، نام EISC (هماهنگ‌کننده خدمات مداخله زودهنگام)/سایر ارائه‌دهندگان خدمات، شماره تلفن EISC/ارائه‌دهنده، لینک به *DocuSign* برای دسترسی به اسنادی که نیاز به امضای والدین/سرپرست دارند، یا سایر اطلاعات مرتبط باشد.
2. من متوجه هستم که پیامک، روش ارتباطی امنی نیست. این خطر وجود دارد که اطلاعات شخصی قابل شناسایی، اطلاعات سلامت محافظت‌شده و/یا سایر اطلاعات حساس یا محرمانه موجود در چنین متنی، توسط اشخاص ثالث غیرمجاز، گمراه، افشا یا رهگیری شوند.
3. من متوجه هستم که اگر تاریخ انقضا یا شرایط را مشخص نکنم، این رضایت‌نامه برای مدت زمان لازم برای تحقق هدف آن تا یک سال معتبر خواهد بود.
4. من می‌دانم که هیچ الزامی برای رضایت دادن به CDSA برای ارسال پیامک ندارم. من می‌توانم در هر زمانی با گذاشتن تاریخ و امضای بخش لغو، از دریافت این ارتباطات «انصراف» دهم. همچنین متوجه هستم که هرگونه اقدامی که بر اساس این رضایت‌نامه قبل از تاریخ لغو انجام شود، قانونی و لازم‌الاجرا است.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. شماره پیام/تیلفونی موبایل من عبارت است از | (   )      - |

1. با امضای ذیل، اعلام می‌کنم که کاربر اصلی شماره تیلفون همراه ذکر شده در بالا هستم، خطر توضیح داده شده در بالا را می‌پذیرم و رضایت می‌دهم که از کارکنان

CDSA به شماره تیلفونی که ارائه داده‌ام، پیامک دریافت کنم.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | |  | | |  |  |  | |
| نام طفل | | MI | | | تخلص | | |  | تاریخ تولد | |  |
| امضای ولی/سرپرست: | | | |  | | تاریخ: |  | | | |  |
| آدرس: |  | | | | | | | | | |  |
| شهر/ايالت/کود پستی: | | |  | | | | | | | |  |
| شاهد: |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **بخش فسخ** | | | | |
| بدینوسیله درخواست می‌کنم که این مجوز سر از این تاریخ لغو شود | |  | |  |
|  | | *(تاریخ)* | |  |
| امضای ولی/سرپرست: |  | | |  |
| تاریخ: |  | |  |  |
|  |  | |  |  |