|  |
| --- |
|  |

***उत्तरी केरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम***

***पाठ संदेश प्राप्त करने के लिए सहमति***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. नीचे हस्ताक्षर करके, मैं |  | को प्राधिकृत करता हूं। बच्चों की विकास सेवा एजेंसी |

(CDSA) अपॉइंटमेंट रिमाइंडर और डॉक्यूमेंटसाइन (*DocuSign*) लिंक के लिए SMS (लघु संदेश सेवा) पाठ संदेश द्वारा मुझसे संपर्क करने के लिए।

मैं समझता हूं कि मेरे सेल फोन प्लान के तहत इस CDSA द्वारा भेजे गए संदेशों पर संदेश/डेटा दरें लागू हो सकती हैं।

1. पाठ संदेशों में शामिल जानकारी में मेरे बच्चे का पहला नाम, नियुक्तियों की तारीख/समय, EISC (प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा समन्वयक)/अन्य सेवा प्रदाता का नाम, EISC /प्रदाता फोन नंबर, माता-पिता/माता-पिता की आवश्यकता वाले दस्तावेजों तक पहुंचने के लिए डॉक्यूमेंटसाइन का लिंक शामिल हो सकता है। देखभाल करने वाले के हस्ताक्षर, या अन्य प्रासंगिक जानकारी।
2. मैं समझता हूं कि टेक्स्ट मैसेजिंग संचार का एक सुरक्षित प्रारूप नहीं है। कुछ जोखिम है कि व्यक्तिगत रूप से पहचाने जाने योग्य जानकारी, संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी, और/या अन्य संवेदनशील या गोपनीय जानकारी ऐसे पाठ में निहित हो सकती है, अनधिकृत तृतीय पक्षों द्वारा गलत निर्देशित, प्रकट या इंटरसेप्ट की जा सकती है।
3. मैं समझता हूं कि यदि मैं समाप्ति तिथि या शर्त निर्दिष्ट करने में विफल रहता हूं, तो यह सहमति एक वर्ष तक के लिए अपने उद्देश्य को पूरा करने के लिए आवश्यक समयावधि के लिए मान्य है।
4. मुझे पता है कि मैं CDSA द्वारा मुझे टेक्स्ट मैसेज भेजने की सहमति देने के लिए बाध्य नहीं हूं। मैं किसी भी समय डेटिंग और निरस्तीकरण अनुभाग पर हस्ताक्षर करके इन संचारों को प्राप्त करने से "ऑप्ट-आउट" कर सकता हूं। मैं यह भी समझता हूं कि रद्द की गई तारीख से पहले इस सहमति पर की गई
5. कोई भी कार्रवाई कानूनी और बाध्यकारी है। मेरा टेक्स्ट/मोबाइल फोन नंबर है (   )      -
6. नीचे हस्ताक्षर करके, मैं इंगित करता हूं कि मैं ऊपर सूचीबद्ध मोबाइल फोन नंबर का प्राथमिक उपयोगकर्ता हूं, मैं इसे स्वीकार करता हूं ऊपर बताए गए जोखिम, और मेरे द्वारा प्रदान किए गए फोन नंबर पर       CDSA स्टाफ से टेक्स्ट संदेश प्राप्त करने के लिए सहमति।

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  |  | | |  |  | | | |  | |
| बच्चे का पहला नाम | | | | | प्रबंधन सूचना (एमआई) | अंतिम नाम | | | जन्म की तारीख | | | |  | |
| माता - पिता /अभिभावक के हस्ताक्षर: | | | |  | | | तारीख: | | | |  | |  | |
| पता: | |  | | | | | | | | | | |  | |
| शहर (\*): राज्य (\*): ज़िप कोड: | | |  | | | | | | | | | |  | |
| गवाह: |  | | | | | | | तारीख: | | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **निरसन अनुभाग** | | | | |
| **निरसन अनुभाग** मैं इसके द्वारा अनुरोध करता हूं कि इस अस्वीकरण प्रपत्रको रद्द कर दिया जाए | | |  |  |
|  | | | (तारीख) |  |
| माता - पिता /अभिभावक के हस्ताक्षर: |  | | |  |
| तारीख: |  |  | |  |
|  |  |  | |  |