|  |
| --- |
|       |

***نارتھ کیرولائنا انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام ٹیکسٹ پیغامات وصول کرنے
کے لیے رضامندی دیتا ہے۔***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ذیل میں دستخط کرکے، میں اجازت دیتا ہوں
 |       | بچوں کی نشوونما سے متعلق سروسز |

ایجنسی (CDSA) مجھ سے بذریعہ SMS (شارٹ میسیج سروس) ٹیکسٹ میسج کے ذریعے رابطہ کرنے کے لیے اپوائنٹمنٹ کی یاد دہانیوں اور *DocuSign* لنکس۔

میں سمجھتا ہوں کہ میرے سیل فون پلان کے تحت اس CDSA کی طرف سے بھیجے گئے پیغامات پر پیغام/ڈیٹا کی شرح لاگو ہو سکتی ہے۔

1. ٹیکسٹ میسجز میں شامل معلومات میں میرے بچے کا پہلا نام، ملاقات کی تاریخ/وقت، EISC (ابتدائی
مداختلی سروس کوآرڈینیٹر)/دیگر سروس فراہم کنندہ کا نام، EISC/فراہم کنندہ کا فون نمبر، والدین/نگہداشت کرنے والے کے دستخط کی ضرورت والی دستاویزات تک رسائی کے لیے *DocuSign* کا لنک، یا دیگر متعلقہ معلومات شامل ہو سکتی ہیں۔
2. میں سمجھتا ہوں کہ ٹیکسٹ میسجنگ مواصلات کا محفوظ فارمیٹ نہیں ہے۔ اس میں کچھ خطرہ ہے کہ ذاتی طور پر قابل شناخت معلومات، محفوظ صحت کی معلومات، اور/یا اس طرح کے متن میں موجود دیگر حساس یا خفیہ معلومات کو غیر مجاز فریقین ثالث کے ذریعے غلط ہدایت، افشا، یا روکا جا سکتا ہے۔
3. میں سمجھتا ہوں کہ اگر میں میعاد ختم ہونے کی تاریخ یا شرط بتانے میں ناکام رہتا ہوں، تو یہ رضامندی ایک سال تک اپنے مقصد کو پورا کرنے کے لیے درکار وقت کے لیے درست ہے۔
4. میں جانتا ہوں کہ مجھے ٹیکسٹ پیغامات بھیجنے کے لیے CDSA کے لیے رضامندی کا کوئی پابند نہیں ہوں۔ میں کسی بھی وقت ڈیٹنگ اور منسوخی کے سیکشن پر دستخط کرکے ان مواصلات کو حاصل کرنے سے "آپٹ آؤٹ" کر سکتا ہے۔ میں مزید سمجھتا ہوں کہ منسوخی کی تاریخ سے پہلے اس رضامندی پر کی گئی کوئی بھی کارروائی قانونی اور پابند ہے۔

|  |  |
| --- | --- |
| 1. میرا ٹیکسٹ/موبائل فون نمبر ہے
 | (   )      -      |

1. ذیل میں دستخط کرکے، میں یہ بتاتا ہوں کہ میں اوپر درج موبائل فون نمبر کا بنیادی صارف ہوں، میں اوپر بیان کردہ خطرے کو قبول کرتا ہوں، اور اس سے ٹیکسٹ پیغامات وصول کرنے کی رضامندی دیتا ہوں

CDSA کا عملہ اس فون نمبر پر جو میں نے فراہم کیا ہے۔

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |  |       |  |
| بچے کا پہلا نام | MI | آخری نام |  | تاریخ پیدائش |  |
| والدین/سرپرست کے دستخط: |       | تاریخ: |       |  |
| پتہ:  |       |  |
| شہر/ریاست/زپ کوڈ: |       |  |
| گواہ: |       |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **تنسیخ کا سیکشن** |
| میں بذریعہ ہذا درخواست کرتا ہوں کہ اس افشاء کو منسوخ کر دیا جائے، جو اس تاریخ سے مؤثر ہے |       |  |
|  | *(تاریخ)* |  |
| والدین/سرپرست کے دستخط: |       |  |
| تاریخ: |       |  |  |
|  |  |  |  |