

Early On[®] जानकारी (गैर-स्वास्थ्य) के लिए अनुरोध
Early On[®] Request for Information (Non-Health)

बच्चे की जानकारी Child Information	
बच्चे का नाम: Child's Name:	जन्म तिथि: Date of Birth:

माता-पिता/ अभिभावक का नाम: Parent's/Guardian's Name:

उद्देश्य Purpose

इस अनुरोध का उद्देश्य *Early On* के लिए आपके बच्चे की पात्रता को निर्धारित करने के लिए आवश्यक जानकारी एकत्र करना है, और बहु-विषयक टीम प्रक्रिया के माध्यम से निर्धारित सेवाओं का प्लान बनाना और प्रदान करना है।
 The purpose of this request is to collect information necessary to determine your child's eligibility for *Early On*, and to plan and provide services as determined through the multidisciplinary team process.

<i>Early On</i> के साथ जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत संस्था(एं)/व्यक्ति Agency(ies)/Person(s) Authorized to Share Information with <i>Early On</i>

नीचे सूचीबद्ध संस्था(एं) / व्यक्ति को मेरे बच्चे के बारे में सूचीबद्ध विशिष्ट जानकारी साझा करने की अनुमति है।
 The agency(ies)/person(s) listed below have permission to share the specific information listed about my child.

संस्था / व्यक्ति: Agency/Person:	Early On के साथ साझा की जाने वाली विशिष्ट जानकारी: Specific information to be shared with <i>Early On</i> :
संस्था / व्यक्ति: Agency/Person:	Early On के साथ साझा की जाने वाली विशिष्ट जानकारी: Specific information to be shared with <i>Early On</i> :

प्राधिकार Authorization

नीचे किए गए मेरे हस्ताक्षर के मायने हैं कि मैं समझता हूँ कि:

- My signature below means I understand that:**
- ✓ मेरे बच्चे के बारे में जानकारी साझा करने की अनुमति देने की मेरा प्राधिकार स्वैच्छिक है और *Early On* से बाहर निकलने पर या मेरे बच्चे के तीसरे जन्मदिन पर समाप्त हो जाता है।
 - ✓ My authorization to allow the sharing of information about my child is voluntary and expires upon exit from *Early On* or my child's third birthday.
 - ✓ इस प्राधिकार के तहत प्राप्त जानकारी मेरे बच्चे के शैक्षिक रिकॉर्ड का हिस्सा बन सकती है, इसे फैमिली एजुकेशनल राइट्स एण्ड प्राइवेसी (FERPA) द्वारा गोपनीय रखा जाता है।
 - ✓ Information received under this authorization becomes part of the child's educational record, and is protected by Family Educational Rights and Privacy (FERPA).
 - ✓ FERPA द्वारा संरक्षित शैक्षिक रिकॉर्ड के भाग के रूप में जानकारी को *Early On* द्वारा फिर से प्रकट किया जा सकता है।
 - ✓ Information may be re-disclosed by *Early On* as part of the educational record protected by FERPA.
 - ✓ इस प्राधिकार पर हस्ताक्षर करने से इनकार करने के कारण *Early On* सेवाएं प्राप्त करने की मेरी योग्यता प्रभावित नहीं होगी।
 - ✓ Refusal to sign this authorization will not affect my ability to obtain *Early On* services.
 - ✓ मैं *Early On* को लिखित रूप में सूचित करके किसी भी समय बिना किसी दंड के सहमति वापस ले सकता हूँ या रद्द कर सकता हूँ। इस प्राधिकार के आधार पर पहले से साझा की गई जानकारी वापस नहीं ली जा सकती है।

✓ I may revoke or cancel consent at any time, without penalty, by notifying *Early On* in writing. Information that has already been shared based on this authorization cannot be taken back.

मैंने इस प्राधिकार फॉर्म को पढ़ और समझ लिया है (या इसे मेरे सामने उस भाषा में पढ़ा गया है जिसे मैं समझता हूँ) और:

I have read and understand this authorization form (or it has been read to me in a language I understand) and:

मैं निर्दिष्ट रिकॉर्ड और जानकारी साझा करने के लिए ऊपर सूचीबद्ध संस्था(ओं)/व्यक्ति(यों) को मौखिक, लिखित और/या इलेक्ट्रॉनिक संचार प्राप्त करने के लिए प्राधिकृत करता हूँ।

I authorize the above listed agency(s)/person(s) to engage in verbal, written, and/or electronic communication in order to share specified records and information.

या

OR

मैं इस समय कोई जानकारी साझा नहीं करना चाहता।

I do not wish to have any information shared at this time.

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर:

Signature of Parent/Guardian:

बच्चे के साथ रिश्ता:

Relationship to Child:

तिथि:

Date: