

Early On® संरक्षित जानकारी (स्वास्थ्य) के लिए अनुरोध
Early On® Request for Protected Information (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
<p>इस अनुरोध का उद्देश्य <i>Early On</i> 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।</p> <p>The purpose of this request is to collect information necessary to determine your child's eligibility for <i>Early On</i>, and to plan and provide services as determined through the multidisciplinary team process.</p>

Early On के साथ जानकारी साझा करने के लिए प्राधिकृत चिकित्सा प्रदाता Medical Provider(s) Authorized to Share Information with <i>Early On</i>	
नीचे सूचीबद्ध चिकित्सा प्रदाता(ओं) को मेरे बच्चे के बारे में सूचीबद्ध विशिष्ट जानकारी साझा करने की अनुमति है। The medical provider(s) listed below have permission to share the specific information listed about my child.	
चिकित्सा प्रदाता: Medical Provider:	<i>Early On</i> के साथ साझा की जाने वाली विशिष्ट जानकारी: Specific information to be shared with <i>Early On</i> :
चिकित्सा प्रदाता: Medical Provider:	<i>Early On</i> के साथ साझा की जाने वाली विशिष्ट जानकारी: Specific information to be shared with <i>Early On</i> :

प्राधिकार Authorization
<p>नीचे किए गए मेरे हस्ताक्षर के मायने हैं कि मैं समझता हूँ कि:</p> <p>My signature below means I understand that:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ मेरे बच्चे के बारे में जानकारी साझा करने की अनुमति देने की मेरा प्राधिकार स्वैच्छिक है और <i>Early On</i> 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 <i>Early On</i> or my child's third birthday. ✓ यदि मैं यहां ___ पर आद्याक्षर करता हूँ या यदि मैं इस प्रकार की जानकारी को ऊपर सूचीबद्ध करता हूँ तो व्यवहारजन्य और मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं या संचारी रोगों जैसे कि यौन संचारित रोग और एचआईवी संक्रमण, एक्वायर्ड डेफिसिएंसी सिंड्रोम या एड्स से संबंधित जटिल समस्याओं के बारे में जानकारी साझा की जा सकती है। ✓ Information regarding behavioral and mental health services or communicable diseases such as sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus (HIV infection, Acquired Deficiency Syndrome or AIDS related complex) may be shared if I initial here ___ or if I list this type of information above. ✓ इस प्राधिकार के तहत प्राप्त जानकारी मेरे बच्चे के शैक्षिक रिकॉर्ड का हिस्सा बन सकती है, इसे फैमिली एजुकेशनल राइट्स एण्ड प्राइवैसी (FERPA) द्वारा गोपनीय रखा जाएगा, और अब इसे हेल्थ इंश्योरेंस पोर्टेबिलिटी एण्ड अकाउंटेबिलिटी एक्ट (HIPPA) द्वारा संरक्षित नहीं किया जाएगा। ✓ Information received under this authorization becomes part of my child's educational record, is protected by the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA), and will no longer be protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA). ✓ FERPA द्वारा संरक्षित शैक्षिक रिकॉर्ड के भाग के रूप में जानकारी को <i>Early On</i> द्वारा फिर से प्रकट किया जा सकता है। ✓ Information may be re-disclosed by <i>Early On</i> as part of the educational record protected by FERPA. ✓ मैं इस प्राधिकार पर हस्ताक्षर करने से इनकार कर सकता हूँ।

- ✓ I may refuse to sign this authorization.
 - मेरे द्वारा हस्ताक्षर करने से इनकार करने से यह साबित करने के लिए आवश्यक जानकारी प्राप्त करने की *Early On* की क्षमता प्रभावित हो सकती है कि मेरा बच्चा *Early On* पात्रता मानदंडों को पूरा करता है।
 - Refusal to sign may affect the ability of *Early On* to obtain information necessary to demonstrate that my child meets *Early On* eligibility criteria.
 - यदि मेरा बच्चा *Early On* के लिए पात्र पाया जाता है, तो इस प्राधिकार पर हस्ताक्षर करने से इनकार करने के कारण *Early On* सेवाएं प्राप्त करने की मेरी योग्यता प्रभावित नहीं होगी। हालांकि, प्राप्त जानकारी से मेरे बच्चे से जुड़ी खास सेवाएं प्रदान करने में सहायता मिल सकती है।
 - If my child is found eligible for *Early On*, refusal to sign this authorization will not affect my ability to obtain *Early On* services. However, the information obtained can help provide services that are individualized for my child.
 - ✓ मैं *Early On* को लिखित रूप में सूचित करके किसी भी समय बिना किसी दंड के सहमति वापस ले सकता हूं या रद्द कर सकता हूं। 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 हूं) 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 चिकित्सा प्रदाता या नामित व्यक्ति को मौखिक, लिखित और/या इलेक्ट्रॉनिक संचार प्राप्त करने के लिए प्राधिकृत करता हूं।
 - I authorize the above listed medical provider or designee 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:
--	--	----------------