

**Program Wczesnej Interwencji Stanu Nowy Jork  
(New York State Early Intervention Program)  
Zgoda na korzystanie z telemedycyny  
(Consent for the Use of Telehealth)**



**Department  
of Health**

Bureau of  
Early Intervention

Imię i nazwisko dziecka \_\_\_\_\_  
Numer wczesnej interwencji \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Ulica i nr budynku \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_ Stan Nowy Jork Kod pocztowy \_\_\_\_\_  
Gmina \_\_\_\_\_  
Usługi świadczone w ramach telemedycyny \_\_\_\_\_  
Numer autoryzacji usług \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko terapeuty/nauczyciela \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Agencja świadcząca usługi \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Koordynator usług \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Agencja koordynująca usługi \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Instrukcja:** Niniejszy formularz zgody na korzystanie z telemedycyny jako metody świadczenia usług wczesnej interwencji należy wypełnić w odniesieniu do każdego rodzaju usługi autoryzowanego dla dziecka, w tym usług oceny, **zanim** będzie można rozpocząć świadczenie usług telemedycyny. Telemedycyna to metoda świadczenia usług wczesnej interwencji dostępna dla uczestniczących w programie rodzin po wyrażeniu przez nie zgody.

Ten formularz zgody na korzystanie z usług telemedycyny można wysłać pocztą e-mail, kiedy rodzic lub opiekun prawny podpisze i wyśle także Formularz zgody rodzica na używanie poczty elektronicznej do wymiany informacji umożliwiających identyfikację osób (Parental Consent to Use E-mail to Exchange Personally Identifiable Information Form) dostępny tutaj: [https://www.health.ny.gov/community/infants\\_children/early\\_intervention/memoranda/docs/early\\_intervention\\_parent\\_consent\\_to\\_use\\_email.pdf](https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/docs/early_intervention_parent_consent_to_use_email.pdf)

Formularz zgody na korzystanie z telemedycyny musi być przechowywany w dokumentacji dziecka. Do **każdej** usługi wczesnej interwencji jest wymagany osobny formularz zgody.

Ja, (imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego) \_\_\_\_\_, zgadzam się

na świadczenie usługi (podać typ usługi) \_\_\_\_\_ dla mojego dziecka przy użyciu telemedycyny jako metody świadczenia usług wczesnej interwencji. Rozumiem, że usługi telemedycyny, jakie będzie otrzymywać moje dziecko, będą stanowić realizację obowiązku świadczenia usług w Indywidualnym Planie Usług Rodzinnych (Individualized Family Service Plan, IFSP) i nie będą świadczone dodatkowo względem usług domowych/społecznych, do których jest upoważnione moje dziecko.

Rozumiem, że telemedycyna oznacza świadczenie usług wczesnej interwencji za pośrednictwem łączności **audio i wideo** jednocześnie przez cały czas trwania sesji.

Rozumiem, że przysługuje mi dostęp do wszystkich informacji o wczesnej interwencji wynikających z sesji usługodawcy w formie uwag dotyczących sesji i uwag dotyczących postępów na żądanie zgłoszone koordynatorowi usług mojego dziecka.

Udostępniono mi kopię „Praw rodziny w Programie Wczesnej Interwencji” (Your Family Rights in the Early Intervention Program).

Rozumiem, że mam prawo wycofać tę zgodę na piśmie w każdej chwili i z dowolnego powodu. Jeżeli wycofam zgodę na piśmie, należy oczekiwać, że koordynator usług mojego dziecka powstrzyma się od planowania nowych sesji telemedycyny związanych z powyższą usługą w ciągu 7 dni od otrzymania mojego zawiadomienia.

Rodzic / opiekun prawny (drukowanymi) \_\_\_\_\_

Podpis rodzica / opiekuna prawnego \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Uwaga:** Jeżeli przeznaczony do wypełniania Formularz zgody na korzystanie z telemedycyny (Telehealth Consent Form) zawiera podpis elektroniczny rodzica / opiekuna prawnego potwierdzający zgodę na udział w usługach telemedycyny, **podpis ten musi także obejmować znacznik walidacji podpisu elektronicznego (dostępny za pośrednictwem takich aplikacji jak Adobe Acrobat, DocuSign itp.), który obejmuje datę i godzinę podpisu na formularzu.** Jeżeli brak tego zabezpieczenia, Formularz zgody na korzystanie z telemedycyny należy wydrukować, aby umożliwić rodzicowi / opiekunowi prawnemu podpisanie kopii papierowej zgody.