|  |  |
| --- | --- |
| *Mpango wa Infant-Toddler wa North Carolina* |       |

*Mkataba wa Mkopo wa Teknolojia ya Msaada*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jina la Mtoto:** |       | **Tarehe ya Kuzaliwa kwa Mtoto:** |       |  |
| **Tarehe Kifaa Kilipopokelewa na CDSA:** |        | **Tarehe kilipowasilishwa kwa Familia/Mtoa huduma:** |       |  |
|  |  |  |  |  |
| **Nambari ya ankara:** |       | **Kipengee:** |        | **Thamani:** | $      |
| **Nambari ya ankara:** |       | **Kipengee:** |        | **Thamani:** | $      |
| **Nambari ya ankara:** |       | **Kipengee:** |        | **Thamani:** | $      |
| **Nambari ya ankara:** |       | **Kipengee:** |        | **Thamani:** | $      |
| **Nambari ya ankara:** |       | **Kipengee:** |        | **Thamani:** | $      |
| **Nambari ya ankara:** |       | **Kipengee:** |        | **Thamani:** | $      |
| **Nambari ya ankara:** |       | **Kipengee:** |        | **Thamani:** | $      |

|  |
| --- |
| Mimi ndimi ninayewajibika kwa mkopo huu na ninakubali yafuatayo kama ilivyoonyeshwa kwa herufi za kwanza (na saini hapa chini): |
| **Mtoa Huduma:** |
|       | 1. Kifaa kilichopokelewa ni safi na katika hali ya kufanya kazi. Betri zilitolewa ikiwa inafaa. (Betri zitatolewa tu wakati wa awali wa mkopo.) |
|  |
|       | 2. Kifaa kitatumika tu na mtoto aliyeteuliwa (kifaa hakiwezi kuhamishwa). |
|       | 3. **Ninaelewa kuwa matumizi ya teknolojia hii saidizi (AT) ni kwa MKOPO. Ninakubali kurejesha AT wakati haihitajiki tena** kwa tathmini na majaribio ya vifaa au kuhamisha mkopo kwa familia iliyoteuliwa kama ilivyoamuliwa na timu ya IFSP na kuratibiwa na EISC.  |
|  |
| **Familia:** |
|       | 1. Kifaa kilichopokelewa ni safi na katika hali ya kufanya kazi. Betri zilitolewa ikiwa inafaa. (Betri zitatolewa tu wakati wa awali wa mkopo.) |
|  |
|       | 2. Nilielekezwa katika matumizi na utunzaji sahihi wa kifaa na jinsi kifaa kitasaidia kushughulikia matokeo ya IFSP. Ninakubali kuwajibikia matumizi, utunzaji, usafishaji na matengenezo yanayofaa ya kifaa. |
|  |
|       | 3. Ninakubali kuarifu EISC ikiwa kifaa hakifanyi kazi ipasavyo. Kipengee hakitarekebishwa wala kubadilishwa kwa njia yoyote ya kudumu. |
|       | 4. Kifaa kitatumika tu na mtoto aliyeteuliwa. |
|       | 5. Ninakubali kuwasiliana mara kwa mara na timu ya EISC na IFSP ya mtoto wangu kuhusu hitaji linaloendelea na matumizi ya kifaa kuhusiana na kufikia matokeo ya IFSP. |
|  |
|       | 6. Ninaelewa kuwa ninaweza kuomba usaidizi na mafunzo yanayoendelea kutoka kwa EISC kuhusiana na matumizi ya kifaa ili kutimiza matokeo ya IFSP. EISC itaratibu wafanyakazi wanaofaa kutoa usaidizi |
|  |
|       | 7. **Ninaelewa kuwa matumizi ya teknolojia hii saidizi (AT) ni kwa MKOPO. Ninakubali kurejesha AT wakati haihitajiki tena** ili kufikia matokeo ya IFSP, wakati mtoto wangu hajasajiliwa tena, au mtoto wangu anapoondoka kwenye Mpango wa Watoto Wachanga.  |
|  |
|       | 8. **Ninaelewa kuwa ninaweza kuwajibikia kifaa kilichopotea, kuharibika au kutorejeshwa kwa mkopo kwa mtoto wangu.**  |
| **Saini:** |       | **Tarehe Iliyopokelewa:** |       |  |
| **Andika Jina:**  |       | **Mahusiano na Mtoto** |       |  |
| **Service Provider’s Name:** |       | **Service Provider’s Sigmature:** |       |  |
| Name of Service Provider’s Agency:  |       |  |
| Address: |       | City: |       | State: |    | Zip Code: |       |  |
|  |