|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

|  |
| --- |
| ***برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية*** |

***اتفاقية قرض التكنولوجيا المساعدة***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **اسم الطفل:** |       | **تاريخ ميلاد الطفل:** |       |  |
| **تاريخ استلام المعدات من قبل CDSA:** |        | **تاريخ التسليم للأسرة/المزود:** |       |  |
|  |  |  |  |  |
| **رقم الفاتورة:** |       | **العنصر:** |        | **القيمة:** |       دولار أمريكي |
| **رقم الفاتورة:** |       | **العنصر:** |        | **القيمة:** |       دولار أمريكي |
| **رقم الفاتورة:** |       | **العنصر:** |        | **القيمة:** |       دولار أمريكي |
| **رقم الفاتورة:** |       | **العنصر:** |        | **القيمة:** |       دولار أمريكي |
| **رقم الفاتورة:** |       | **العنصر:** |        | **القيمة:** |       دولار أمريكي |
| **رقم الفاتورة:** |       | **العنصر:** |        | **القيمة:** |       دولار أمريكي |
| **رقم الفاتورة:** |       | **العنصر:** |        | **القيمة:** |       دولار أمريكي |

|  |
| --- |
| أنا الشخص المسؤول عن هذا القرض، وأوافق على ما يلي كما هو موضح بالأحرف الأولى من اسمي (& التوقيع أدناه):I am the responsible person for this loan, and I agree to the following as indicated by my initials (& signature below): |
| **Service Provider:** |
|       | 1. The device received is clean and in working condition. Batteries were supplied if appropriate. (Batteries will only be provided at initial time of loan.) |
|  |
|       | 2. The device will only be used with the designated child (the device is not transferable). |
|       | 3. **I understand that the use of this assistive technology (AT) is by LOAN. I agree to return the AT when no longer needed** for assessment and equipment trial or to transfer the loan to the designated family as determined by the IFSP team and facilitated by the EISC.  |
|  |
| **الأسرة:** |
|       | 1. الجهاز المستلم نظيف وفي حالة عمل. تم توفير البطاريات عند الحاجة. (البطاريات ستتوفر فقط في الوقت الأولي للقرض). |
|  |
|       | 2. حصلت على تعليم حول الاستخدام الصحيح والعناية بالجهاز وكيف سيساعد الجهاز في تحقيق نتيجة IFSP. أوافق على أن أكون مسؤولًا عن الاستخدام السليم للجهاز والعناية به وتنظيفه وصيانته. |
|  |
|       | 3. أوافق على إبلاغ EISC إذا كان الجهاز لا يعمل بشكل صحيح. لن يتم تكييف العنصر أو تغييره بأي طريقة دائمة. |
|       | 4. سيتم استخدام الجهاز فقط مع الطفل المحدد. |
|       | 5. أوافق على التواصل بانتظام مع EISC الخاص بطفلي وفريق IFSP بشأن الحاجة المستمرة للجهاز واستخدامه فيما يتعلق بتحقيق نتائج IFSP. |
|  |
|       | 6. أفهم أنه يمكنني طلب المساعدة المستمرة والتدريب من EISC فيما يتعلق باستخدام الجهاز لتحقيق نتائج IFSP. سيقوم EISC بتنسيق الأفراد المناسبين لتقديم المساعدة |
|  |
|       | 7. **أفهم أن استخدام هذه التكنولوجيا المساعدة (AT) فقط عن طريق القرض. أوافق على إعادة التكنولوجيا المساعدة عندما لا يعود هناك حاجة** لتحقيق نتائج IFSP، أو عندما لا يعود طفلي مسجلًا، أو عندما يخرج طفلي من برنامج رعاية الرضع والأطفال الصغار.  |
|  |
|       | 8. **أفهم أنني قد أكون مسؤولًا عن ضياع أو تلف أو عدم إرجاع الجهاز الذي حصلت عليه على سبيل القرض لطفلي.**  |
| **التوقيع:** |       | **تاريخ الاستلام:** |       |  |
| **الاسم بالحروف الكبيرة:**  |       | **العلاقة مع الطفل:** |       |  |
| **اسم مزود الخدمة:** |       | **توقيع مزود الخدمة:** |       |  |
| اسم وكالة مزود الخدمة:  |       |  |
| العنوان: |       | المدينة: |       | الولاية: |    | الرمز البريدي: |       |  |
|  |