|  |  |
| --- | --- |
| ***노스캐롤라이나 영유아 프로그램*** |  |

***보조 기술 대출 계약***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **아이의 이름:** |  | **자녀의 생년월일:** |  |  |
| **CDSA 에서 받은 장비 날짜 :** |        | **가족/제공자에게 전달된 날짜:** |       |
|  |
| **청구 번호:** |       | **안건:** |        | **값:** | $      |
| **청구 번호:** |       | **안건:** |        | **값:** | $      |
| **청구 번호:** |       | **안건:** |        | **값:** | $      |
| **청구 번호:** |       | **안건:** |        | **값:** | $      |
| **청구 번호:** |       | **안건:** |        | **값:** | $      |
| **청구 번호:** |       | **안건:** |        | **값:** | $      |
| **청구 번호:** |       | **안건:** |        | **값:** | $      |

|  |
| --- |
| 본인은 이 대출의 책임자이며 본인의 이니셜(아래 서명)에 표시된 대로 다음 사항에 동의합니다.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.  |
|  |
| **가족:** |
|       | 1. 받은 장치는 깨끗하고 작동 상태입니다. 적절한 경우 배터리가 제공되었습니다. (배터리는 대여 초기에만 제공됩니다.) |
|       | 2. 나는 장치의 적절한 사용 및 관리와 장치가 개별화된 가족 서비스 플랜. 결과를 처리하는 데 어떻게 도움이 되는지에 대해 지시를 받았습니다. 본인은 장치의 적절한 사용, 관리, 청소 및 유지 관리에 대한 책임이 있음에 동의합니다. |
|  |
|       | 3. 장치가 제대로 작동하지 않을 경우 EISC에 알리는 데 동의합니다. 항목은 영구적인 방식으로 조정되거나 변경되지 않습니다. |
|       | 4. 장치는 지정된 어린이에게만 사용됩니다. |
|       | 5. 본인은 개별화된 가족 서비스 플랜. 결과 달성과 관련하여 장치의 지속적인 필요 및 사용에 대해 자녀의 EISC 및 개별화된 가족 서비스 플랜. 팀과 정기적으로 소통하는 데 동의합니다. |
|  |
|       | 6. 본인은 개별화된 가족 서비스 플랜. 결과를 충족하기 위해 장치 사용과 관련하여 EISC에 지속적인 지원 및 교육을 요청할 수 있음을 이해합니다. EISC는 적절한 인력을 조정하여 지원을 제공합니다. |
|  |
|       | 7. **본인은 이 보조 기술(어시스턴트 기술)의 사용이 대출에 의한 것임을 이해합니다.** 개별화된 가족 서비스 플랜. 결과를 달성하는 데 더 이상 필요하지 않거나, 자녀가 더 이상 등록되지 않거나, 자녀가 영유아 프로그램을 종료할 때 **어시스턴트 기술를 반환하는 데 동의합니다 .** |
|  |
|       | 8. **본인은 자녀에게 대여한 기기의 분실, 손상 또는 미반환에 대한 책임이 본인에게 있음을 이해합니다.** |
| **서명:** |       | **받은 날짜:** |       |  |
| **이름을 새기다:** |       | **자녀와의 관계:** |       |  |
| **서비스 제공자 이름:** |       | **서비스 제공자의 서명:** |       |  |
| 서비스 제공업체의 기관 이름: |       |  |
| 주소: |       | 도시: |       | 상태: |    | 우편 번호: |       |  |
|  |