|  |  |
| --- | --- |
| *Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte* |  |

*Acuerdo de Préstamo de Tecnología Asistencial*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Niño:** | |  | | | | **Fecha de Nacimiento:** |  | | | | |  | |
| **Fecha en que la CDSA Recibió el Equipo:** | | | | |  | **Fecha de Entrega a la Familia/Proveedor:** | |  | | | |  | |
|  | | | | |  |  | |  | | |  | | |
| **Número de inventario:** |  | | **Nombre del Equipo:** |  | | | | | **Valor:** | $ | | |
| **Número de inventario:** |  | | **Nombre del Equipo:** |  | | | | | **Valor:** | $ | | |
| **Número de inventario:** |  | | **Nombre del Equipo:** |  | | | | | **Valor:** | $ | | |
| **Número de inventario:** |  | | **Nombre del Equipo:** |  | | | | | **Valor:** | $ | | |
| **Número de inventario:** |  | | **Nombre del Equipo:** |  | | | | | **Valor:** | $ | | |
| **Número de inventario:** |  | | **Nombre del Equipo:** |  | | | | | **Valor:** | $ | | |
| **Número de inventario:** |  | | **Nombre del Equipo:** |  | | | | | **Valor:** | $ | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Yo soy la persona responsable por este préstamo y estoy de acuerdo con lo siguiente según lo indico con mis iniciales (& firma abajo): | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Proveedor de Servicio:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1. El aparato recibido está limpio y funciona bien. Se proporcionaron baterías, según aplique. (Las baterías solamente serán proporcionadas al momento del préstamo inicial.) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  | 2. El aparato solamente será usado con el niño designado (el aparato no es transferible). | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **3.** **Entiendo que el uso de esta tecnología asistencial (AT) es un PRÉSTAMO. Accedo a devolver el aparato de AT cuando ya no se necesite** para evaluación o prueba de equipo, o a transferir el préstamo a la familia designada según sea determinado por el equipo del IFSP y facilitado por el EISC. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| **Familia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1. El aparato recibido está limpio y funciona bien. Se proporcionaron baterías, según aplique. (Las baterías solamente serán proporcionadas al momento del préstamo inicial.) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  | 2. Yo fui instruido(a) en el uso y cuidado apropiados del aparato y de cómo el aparato ayudará a abordar el objetivo del IFSP. Yo accedo a ser responsable por el uso, cuidado, limpieza y mantenimiento apropiados del aparato. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  | 3. Accedo a notificarle al EISC si el aparato no está funcionando apropiadamente. El aparato no será adaptado ni alterado de ninguna manera permanente. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 4. El aparato solamente será usado con el niño designado. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 5. Accedo a comunicarme regularmente con el EISC y equipo del IFSP de mi hijo respecto a la necesidad y el uso continuo del aparato en relación con el logro de el/los objetivos del IFSP. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  | 6. Entiendo que puedo solicitar asistencia y entrenamiento constantes del EISC concerniendo el uso del aparato para lograr el objetivo del IFSP. El EISC coordinará el personal apropiado para proporcionar asistencia. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  | **7.** **Entiendo que el uso de esta tecnología asistencial (AT) es un PRÉSTAMO. Accedo a devolver el aparato de AT cuando ya no se necesite** para lograr un objetivo del IFSP, cuando mi hijo ya no esté inscrito, o cuando mi hijo salga del Programa para Infantes-Niños Menores de Tres Años. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  | **8.** **Yo entiendo que puedo ser responsable por la pérdida, daño, o falta de devolución del aparato que ha sido brindado a mi hijo en calidad de préstamo.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Firma:** |  | | | | | | **Fecha Recibido:** | | |  | | | | | |  | |
| **Nombre en imprenta:** | | |  | | | | **Relación con el Niño:** | | | | |  | | | |  | |
| **Nombre del Proveedor de Servicios:** | | | |  | | **Firma del Proveedor de Servicios:** | | |  | | | | | | | |  |
| Nombre de la Agencia del Proveedor de Servicios: | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
| Dirección: | |  | | | | Ciudad: | |  | | | Estado: | |  | Código postal: |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |