|  |  |
| --- | --- |
| *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: |       |  |
|  |