|  |
| --- |
|  |

**ABC हस्तक्षेप विस्तार प्रोजेक्ट**

**रिलीज फ़ॉर्म**

     (प्रोग्राम/प्रोजेक्ट का नाम) पर/के साथ       (एजेंसी/संस्था) बच्चों की लगाव सुरक्षा और स्वयं को शांत करने की क्षमता को बढ़ाने के लिए डिज़ाइन किए गए पेरेंटिंग हस्तक्षेप प्रदान करके माता-पिता और बच्चों की सेवा करती है। हमारा लक्ष्य यह सुनिश्चित करना है कि प्रशिक्षण आपके और अन्य अभिभावकों के लिए प्रभावी हो।

आपको अटैचमेंट और बायोबिहेवियरल कैच-अप (ABC) हस्तक्षेप के प्रशिक्षण में शामिल किया जा रहा है। हम आपसे सत्रों की वीडियो रिकार्डिंग की अनुमति देने का अनुरोध कर रहे हैं। वीडियो रिकॉर्डिंग का उपयोग निम्नलिखित उद्देश्यों के लिए किया जाएगा:

* प्रभावी ढंग से हस्तक्षेप करने के लिए माता-पिता के प्रशिक्षण हेतु पर्यवेक्षण प्रदान करना।
* वीडियो रिकॉर्डिंग का उपयोग कार्यक्रम की प्रभावशीलता निर्धारित करने में सहायता के लिए किया जाएगा।

मैं इसके द्वारा निम्नलिखित का अधिकार और अनुमति देता/देती हूं:

* वीडियो रिकॉर्ड किए गए सत्रों को पर्यवेक्षण और कार्यक्रम मूल्यांकन के उद्देश्य से      (एजेंसी/संस्था) के साथ साझा करने का।

मैंने उपरोक्त को पढ़ लिया है और मैं इस रिलीज़ को पूरी तरह समझता/समझती हूं। मैं यह भी समझता/समझती हूं कि यह रिलीज़ अपने उद्देश्य को पूरा करने के लिए आवश्यक समयावधि तक प्रभावी रहेगी, जो एक वर्ष तक होगी या तब तक हब मैं इस फ़ॉर्म के नीचे निरस्तीकरण अनुभाग को पूरा करके इस रिलीज़ को रद्द कर देता/देती हूं। मैं यह भी समझता/समझती हूं कि निरस्तीकरण तिथि से पहले इस रिलीज़ पर की गई कोई भी कार्रवाई कानूनी और बाध्यकारी है।

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  |  | | |  | |  | | |  |
| बच्चे का पहला नाम | | | | | MI | सरनेम | | | | जन्म तिथि | | | |  |
| माता-पिता/संरक्षक के हस्ताक्षर: | | | |  | | | तिथि: | | | | |  | |  |
| पता: | |  | | | | | | | | | | | |  |
| शहर/राज्य/ज़िप कोड: | | |  | | | | | | | | | | |  |
| गवाह: |  | | | | | | | तिथि: | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **निरसन अनुभाग** | | | | |
| मैं अनुरोध करता/करती हूं कि इस रिलीज़ को निरस्त किया जाए, जो इस समय से प्रभावी होगा | | |  |  |
|  | | | *(तिथि)* |  |
| माता-पिता/संरक्षक के हस्ताक्षर: |  | | |  |
| तिथि: |  |  | |  |
|  |  |  | |  |