|  |
| --- |
|  |

बच्चों की देख रेख करने वाला परियोजना

ABC हस्तक्षेप फैलावप रियोजना

अस्वीकरण प्रपत्र

डेलावेयर विश्वविद्यालय में बच्चों देखभालकर्ता परियोजना बच्चों के लगाव की सुरक्षा को बढ़ाने के लिए डिज़ाइन किए गए माता-पिता हस्तक्षेप प्रदान करके माता-पिता और बच्चों की सेवा करती है, और खुद को शांत करने की क्षमता। हमारा काम यह सुनिश्चित करना है कि प्रशिक्षण आपके और अन्य माता-पिता के लिए प्रभावी है।

आपको अटैचमेंट एंड बायोबिहेवियरल कैच-अप (ABC) हस्तक्षेप में प्रशिक्षण में शामिल किया जा रहा है। हम चाहते हैं कि आप के वीडियोटेप की अनुमति दें।वीडियो रिकॉर्डिंग का उपयोग निम्नलिखित उद्देश्यों के लिए किया जाएगा:

* हस्तक्षेप के प्रभावी कार्यान्वयन में माता-पिता को प्रशिक्षित करने के लिए पर्यवेक्षण प्रदान करना।
* कार्यक्रम की प्रभावशीलता निर्धारित करने में सहायता के लिए मूल्यांकन में वीडियो रिकॉर्डिंग का उपयोग किया जाएगा।

मैं इसके द्वारा सहमत हूं:

* निगरानी और कार्यक्रम मूल्यांकन के उद्देश्य के लिए डेलावेयर विश्वविद्यालय की बच्चों देखभाल प्रयोगशाला के साथ वीडियो टेप सत्र साझा करना।

मैंने उपरोक्त को पढ़ लिया है और इस अस्वीकरण प्रपत्र को पूरी तरह से समझ लिया है। मैं यह भी समझता हूं कि यह अस्वीकरण प्रपत्रएक वर्ष तक अपने उद्देश्य को पूरा करने के लिए आवश्यक समय की अवधि के लिए प्रभावी रहेगा, या यदि आप इस अस्वीकरण प्रपत्रके नीचे रद्दीकरण अनुभाग को पूरा करके इस फॉर्म को रद्द करते हैं। मैं यह भी समझता हूं कि निरस्तीकरण की तारीख से पहले इस फॉर्म पर की गई कोई भी कार्रवाई कानूनी और बाध्यकारी है।

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | | |  | |  | | |  | |
| बच्चे का पहला नाम | | | | प्रबंधन सूचना (एमआई) | अंतिम नाम | | | | जन्म की तारीख | | | |  |
| माता – पिता /अभिभावक के हस्ताक्षर: | | |  | | | तारीख: | | | | |  | |  |
| पता: |  | | | | | | | | | | | |  |
| शहर (\*): राज्य (\*): ज़िप कोड: | |  | | | | | | | | | | |  |
| गवाह: |  | | | | | | तारीख: | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **निरसन अनुभाग** | | | | |
| मैं इसके द्वारा अनुरोध करता हूं कि इस अस्वीकरण प्रपत्रको रद्द कर दिया जाए | | |  |  |
|  | | | *(तारीख)* |  |
| तारीख |  |  | |  |
|  |  |  | |  |