|  |  |
| --- | --- |
| **उत्तरी केरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम** |  |

**सहायक प्रौद्योगिकी ऋण समझौता**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| बच्चे का नाम: |       | बच्चे की जन्म की तारीख: |       |  |
| **CDSA** द्वारा प्राप्त उपकरण की तारीख: |        | परिवार/प्रदाता को डिलीवरी की तारीख: |       |  |
|  |  |  |  |  |
| इनवॉइस#: |       | वस्तु: |        | मूल्य: | $      |
| इनवॉइस#: |       | वस्तु: |        | मूल्य: | $      |
| इनवॉइस#: |       | वस्त: |        | मूल्य: | $      |
| इनवॉइस#: |       | वस्तु: |        | मूल्य: | $      |
| इनवॉइस#: |       | वस्तु: |        | मूल्य: | $      |
| इनवॉइस#: |        | वस्तु: |        | मूल्य: | $      |
| इनवॉइस#: |       | वस्तु: |        | मूल्य: | $      |

|  |
| --- |
| मैं इस ऋण के लिए जिम्मेदार व्यक्ति हूं, और मैं निम्नलिखित के लिए सहमत हूं जैसा कि मेरे आद्याक्षर (और नीचे हस्ताक्षर) द्वारा इंगित किया गया है: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.  |
|

 |
|            |
| **परिवार:** |
|       | 1. प्राप्त डिवाइस साफ और काम करने की स्थिति में है। उपयुक्त होने पर बैटरी की आपूर्ति की गई। (बैटरी केवल लोन के शुरुआती समय में प्रदान की जाएगी।). |
|       | 2. मुझे डिवाइस के उचित उपयोग और देखभाल के बारे में निर्देश दिया गया था और बताया गया था कि डिवाइस IFSP परिणाम को संबोधित करने में कैसे सहायता करेगा। मैं डिवाइस के उचित उपयोग, देखभाल, सफाई और रखरखाव के लिए जिम्मेदार होने के लिए सहमत हूं। |
|       | 3. अगर डिवाइस ठीक से काम नहीं कर रहा है तो मैं ईआईएससी को सूचित करने के लिए सहमत हूं। आइटम को किसी भी स्थायी तरीके से अनुकूलित या परिवर्तित नहीं किया जाएगा। |
|       | 4. डिवाइस का उपयोग केवल निर्दिष्ट बच्चे के साथ ही किया जाएगा। |
|       | 5. मैं आईएफएसपी परिणाम प्राप्त करने के संबंध में डिवाइस की निरंतर आवश्यकता और उपयोग के संबंध में अपने बच्चे की ईआईएससी और आईएफएसपी टीम के साथ नियमित रूप से संवाद करने के लिए सहमत हूं। |
|       | 6. मैं समझता हूं कि मैं आईएफएसपी परिणाम को पूरा करने के लिए डिवाइस के उपयोग से संबंधित ईआईएससी से जारी सहायता और प्रशिक्षण का अनुरोध कर सकता हूं। ईआईएससी सहायता प्रदान करने के लिए उपयुक्त कर्मियों का समन्वय करेगा |
|       | **7.** **मैं समझता हूं कि इस सहायक तकनीक (एटी) का उपयोग ऋण द्वारा किया जाता है। जब आईएफएसपी परिणाम प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं रह जाती है, जब** मेरा बच्चा अब नामांकित नहीं होता है, या जब मेरा बच्चा शिशु-बच्चा कार्यक्रम से बाहर हो जाता है, तो मैं एटी वापस करने के लिए सहमत होता हूँ।  |
|       | **8. मैं समझता हूं कि मैं अपने बच्चे को दिए गए ऋण के खो जाने, क्षतिग्रस्त होने या वापस न आने के लिए जिम्मेदार हो सकता हूं।** |
| हस्ताक्षर: |       | प्राप्ति तारीख: |       |  |
| नाम छापें: |       | बच्चे से संबंध: |       |  |
| सेवा प्रदाता का नाम: |       | सेवा प्रदाता के हस्ताक्षर: |       |  |
| सेवा प्रदाता की एजेंसी का नाम: |       |  |
| पता: |       | शहर: |       | राज्य: |    | ज़िप कोड: |       |  |
|  |