|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

***برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية***

***الإذن بالموافقة على استقبال رسائل نصية قصيرة***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. بتوقيعي أدناه، أمنح الإذن والتفويض
 |       |  |

لوكالة (CDSA) للتواصل معي بي عن طريق (SMS) لتذكير المواعيد وروابط (DocuSign) الإلكترونية.

أُدرك أن أسعار الرسائل / البيانات قد تنطبق على الرسائل المرسلة بواسطة وكالة CDSA بموجب خطة هاتفي الجوال.

1. قد تتضمن المعلومات المضمنة في الرسائل النصية الاسم الأول لطفلي، وتاريخ / وقت المواعيد، واسم منسق EISC أو مزود خدمة آخر، ورقم هاتف منسق EISC أو مقدم الخدمة، ورابط DocuSign للوصول إلى المستندات التي تتطلب توقيع الوالدين / مقدم الرعاية
2. أدرك بأن الرسائل النصية القصيرة ليست وسيلة متكاملة الأمان للتواصل. هناك بعض المخاطر المتمثلة في أن المعلومات المحددة للهوية الشخصية والمعلومات الصحية المحمية أو المعلومات الحساسة أو السرية الأخرى الواردة في هذا النص قد يتم توجيهها بشكل خاطئ أو الكشف عنها أو اعتراضها من قبل أطراف ثالثة غير مصرح لها.
3. أُدرك أنه في حالة إخفاقي في تحديد تاريخ أو شرط انتهاء السريان فإن هذه الموافقة سارية للفترة الزمنية اللازمة لأداء الغرض المطلوب منها والتي تصل إلى عامٍ واحد.
4. أدرك أنني لست ملزمًا بالموافقة على إرسال وكالة CDSA للرسائل النصية القصيرة لي. مسموح لي "إلغاء الاشتراك" في تلقي هذه الاتصالات في أي وقت من خلال تحديد موعد الإلغاء والتوقيع عليه بقسم الإلغاء. أُدرك أن أي إجراء تم اتخاذه بشأن هذه الموافقة الصادرة قبل تاريخ الإلغاء يعتبر إجراء قانوني ومُلزِم.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. رقم الجوال/رقم استقبال الرسائل النصية القصيرة الخاص بي:
 |      -      (   ) |

1. بالتوقيع أدناه، أشير إلى أنني المستخدم الأساسي لرقم الهاتف المحمول المذكور أعلاه، وأقر بالموافقة على تحمل

|  |  |
| --- | --- |
| المخاطر الموضحة أعلاه، والموافقة على استقبال رسائل نصية من  |       |

موظفي وكالة خدمات تنمية الطفل إلى رقم الهاتف الذي قمت بتوفيره لذلك الغرض.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |  |       |  |
| الاسم الأول للطفل: | الاسم الأوسط: | الاسم الأخير: |  | تاريخ الميلاد: |  |
| توقيع الوالد/الوصي: |       | التاريخ: |       |  |
| العنوان:  |       |  |
| المدينة/الولاية/الرمز البريدي: |       |  |
| الشاهد: |       |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **القسم المتعلق بالإلغاء** |
| أطلب بموجبه إلغاء هذه الموافقة (هذا الإصدار)، بدءً من تاريخه: |       |  |
|  | **التاريخ:** |  |
| توقيع الوالد/الوصي: |       |  |
| التاريخ: |       |  |  |
|  |  |  |  |