|  |
| --- |
|  |

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

***الموافقة على تلقي الرسائل النصية***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. بالتوقيع أدناه، أصرح |  | لوكالة خدمات تنمية الأطفال |

(CDSA) بالتواصل معي عبر الرسائل النصية القصيرة (SMS) لتذكيري بالمواعيد وروابط *DocuSign*.

أفهم أن أسعار الرسائل/البيانات قد تنطبق على الرسائل التي ترسلها CDSA بموجب خطة هاتفي المحمول.

1. قد تتضمن المعلومات الواردة في الرسائل النصية الاسم الأول لطفلي أو تاريخ/وقت المواعيد أو اسم منسق خدمات التدخل المبكر (EISC)/مقدم خدمة آخر أو رقم هاتف EISC/مقدم الخدمة أو رابط إلى *DocuSign* للوصول إلى المستندات التي تتطلب توقيع ولي الأمر/القائم على الرعاية أو أي معلومات أخرى ذات صلة.
2. أعلم أن الرسائل النصية ليست وسيلة آمنة للتواصل. هناك بعض المخاطر المتعلقة بمعلومات الهوية الشخصية و/أو المعلومات الصحية المحمية و/أو غيرها من المعلومات الحساسة أو السرية الواردة في مثل هذه الرسالة، والتي قد يتم توجيهها بشكل خاطئ أو الإفصاح عنها أو اعتراضها من قبل جهات خارجية غير مصرح لها.
3. أدرك أنه في حال عدم ذكر تاريخ انتهاء الصلاحية أو الحالة، فإن هذه الموافقة تكون سارية طوال المدة الزمنية اللازمة لتحقيق غرضها لمدة تصل إلى عام واحد.
4. أعلم أنني لست ملزمًا بالموافقة على إرسال وكالة CDSA رسائل نصية لي. يجوز لي "إلغاء الاشتراك" في خدمة تلقي هذه المراسلات في أي وقت من خلال تحديد التاريخ والتوقيع في القسم المتعلق بالإلغاء. أدرك أيضًا أن أي إجراء تم اتخاذه بشأن هذه الموافقة قبل تاريخ إلغائها يعد قانونيًا وملزمًا.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. رقم هاتفي المحمول/الذي سأتلقى فيه الرسائل النصية | (   )      - |

1. بالتوقيع أدناه، أبيّن أنني المستخدم الأساسي لرقم الهاتف المحمول المذكور أعلاه، وأوافق على

|  |  |
| --- | --- |
| المخاطر الموضحة أعلاه، وأوافق على تلقي الرسائل النصية من |  |

موظفي CDSA إلى رقم الهاتف الذي قدمته.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  |  | | |  |  |  | |
| الاسم الأول للطفل | | | | | الاسم الأوسط | اسم العائلة | | |  | تاريخ الميلاد | |  |
| توقيع ولي الأمر/الوصي: | | |  | | | | التاريخ: |  | | | |  |
| العنوان: | |  | | | | | | | | | |  |
| المدينة/الولاية/الرمز البريدي: | | | |  | | | | | | | |  |
| الشاهد: |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **القسم المتعلق بالإلغاء** | | | | |
| أطلب بموجب هذا إلغاء الموافقة، اعتبارًا من | |  | |  |
|  | | *(التاريخ)* | |  |
| توقيع ولي الأمر/الوصي: |  | | |  |
| التاريخ: |  | |  |  |
|  |  | |  |  |