|  |
| --- |
|  |

***उत्तरी कैरोलिना इन्फ़ेंट-टॉडलर प्रोग्राम***

***टेक्स्ट मैसेज प्राप्त करने की सहमति***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. नीचे हस्ताक्षर करके, मैं |  | बच्चों की विकासात्मक सेवा एजेंसी (CDSA) |

को मुझसे अपॉइंटमेंट रिमाइंडर और *DocuSign* लिंक के लिए SMS (शॉर्ट मैसेज सर्विस) टेक्स्ट संदेश के माध्यम से संपर्क करने के लिए अधिकृत करता/करती हूं।

मैं समझता/समझती हूं कि मेरे सेल फ़ोन प्लान के तहत इस CDSA द्वारा भेजे गए संदेशों पर संदेश/डेटा दरें लागू हो सकती हैं।

1. टेक्स्ट मैसेज में शामिल जानकारी में मेरे बच्चे का नाम, अपॉइंटमेंट की तिथि/समय, EISC (प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा समन्वयक)/अन्य सेवा प्रदाता का नाम, EISC/प्रदाता का फ़ोन नंबर, माता-पिता/देखभालकर्ता के हस्ताक्षर की आवश्यकता वाले दस्तावेज़ों तक पहुंचने के लिए *DocuSign* का लिंक या अन्य प्रासंगिक जानकारी शामिल हो सकती है।
2. मैं समझता/समझती हूं कि टेक्स्ट मैसेज संचार का सुरक्षित प्रारूप नहीं है। इसमें यह जोखिम है कि व्यक्तिगत रूप से पहचान योग्य जानकारी, संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी, और/या ऐसे पाठ में निहित अन्य संवेदनशील या गोपनीय जानकारी को गलत तरीके से प्रसारित किया जा सकता है, प्रकट किया जा सकता है या अनधिकृत तृतीय पक्षों द्वारा रोका जा सकता है।
3. मैं समझता/समझती हूं कि अगर मैं समाप्ति तिथि या शर्त निर्दिष्ट करने में विफल रहता/रहती हूं, तो यह सहमति अपने उद्देश्य को पूरा करने के लिए आवश्यक समयावधि के लिए एक वर्ष तक वैध रहेगी।
4. मुझे पता है कि मैं CDSA को मुझे टेक्स्ट संदेश भेजने की अनुमति देने के लिए मैं बाध्य नहीं हूं। मैं आप किसी भी समय निरस्तीकरण अनुभाग पर हस्ताक्षर करके और तिथि डालकर इन संचारों को प्राप्त करने से “ऑप्ट-आउट” सकते हैं। मैं यह भी समझता/समझती हूं कि निरस्तीकरण तिथि से पहले इस सहमति पर की गई कोई भी कार्रवाई कानूनी और बाध्यकारी है।

|  |  |
| --- | --- |
| 1. मेरा टेक्स्ट/मोबाइल फ़ोन नंबर यह है | (   )      - |

1. नीचे हस्ताक्षर करके, मैं यह सूचित करता/करती हूं कि मैं ऊपर सूचीबद्ध मोबाइल फ़ोन नंबर का प्राथमिक उपयोगकर्ता हूँ, मैं ऊपर बताए गए जोखिम

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| को स्वीकार करता/करती हूं और |  | CDSA स्टाफ़ से मेरे द्वारा दिए गए फ़ोन |

नंबर पर टेक्स्ट मैसेज प्राप्त करने की सहमति देता/देती हूं।

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **निरसन अनुभाग** | | | | |
| मैं अनुरोध करता/करती हूं कि इस रिलीज़ को | |  | |  |
|  | | *(तिथि)* | |  |
| माता-पिता/संरक्षक के हस्ताक्षर: |  | | |  |
| तिथि: |  | |  |  |
|  |  | |  |  |