|  |  |
| --- | --- |
| ***노스캐롤라이나 영유아 프로그램*** |       |

***문자 메시지 수신 동의***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 아래에 서명함으로써 본인은 다음을 승인합니다.
 |       | 아동 발달 서비스 |

*DocuSign (DocuSign ) 링크에 대해* SMS (단문 메시지 서비스) 문자 메시지 로 저에게 연락하는 기관
(CDSA).

은 휴대폰 요금제에 따라 이 CDSA 에서 보낸 메시지에 메시지/데이터 요금이 적용될 수 있음을 이해합니다 .

1. 문자 메시지에 포함된 정보에는 자녀의 이름, 약속 날짜/시간, EISC (조기 개입 서비스 코디네이터)/기타 서비스 제공자 이름, EISC/제공자 전화번호, 액세스할 수 있는 *DocuSign 링크가 포함될 수 있습니다.* 부모/보호자의 서명 또는 기타 관련 정보가 필요한 문서.
2. 본인은 문자 메시지가 안전한 통신 형식이 아님을 이해합니다. 개인 식별 정보, 보호된 건강 정보 및/또는 그러한 텍스트에 포함된 기타 민감하거나 기밀 정보가 잘못 전달되거나 권한이 없는 제3자에 의해 공개되거나 가로챌 수 있는 약간의 위험이 있습니다.
3. 본인은 만료 날짜 또는 조건을 지정하지 않은 경우 이 동의가 목적을 달성하는 데 필요한 기간 동안 최대 1년 동안 유효함을 이해합니다.
4. CDSA가 문자 메시지를 보내는 데 동의할 의무가 없음을 알고 있습니다 . 본인은 철회 섹션에 날짜를 기입하고 서명함으로써 언제든지 이러한 커뮤니케이션 수신을 "거부"할 수 있습니다. 또한 본인은 철회 날짜 이전에 이 동의에 대해 취해진 모든 조치가 합법적이고 구속력이 있음을 이해합니다.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 내 문자/휴대전화 번호는
 | (   )     -      |

1. 아래에 서명함으로써 본인은 위에 나열된 휴대폰 번호의 기본 사용자임을 확인하고 다음을

|  |  |
| --- | --- |
| 수락합니다. 위에서 설명한 위험 및 문자 메시지 수신 동의 |       |

제가 제공한 전화번호로 CDSA 직원에게 연락하십시오.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |  |       |  |
| 자녀의 이름 | 미 | 성 |  | 생년월일 |  |
| 학부모/보호자 서명: |       | 날짜: |       |  |
| 주소: |       |  |
| 시 (\*) : 주 (\*) : 우편 번호: |       |  |
| 증인: |       |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **철회 섹션** |
| 본인은 이로써 이 릴리스를 철회할 것을 요청합니다. |       |  |
|  | *(날짜)* |  |
| 학부모/보호자 서명: |       |  |
| 날짜: |       |  |  |
|  |  |  |  |