

Children 1st सहमति (Children 1st Consent Form)

Children 1st कार्यक्रम का समग्र लक्ष्य जॉर्जिया के बच्चों के जन्म उनका 5^{वां} जन्मदिन वर्ष की आयु तक के स्वास्थ्य और विकासात्मक परिणामों में सुधार करना है। हमारा मिशन उन बच्चों का पता लगाना है जो स्वास्थ्य और विकास संबंधी चुनौतियों के प्रति संवेदनशील हो सकते हैं, जिससे समय पर स्वास्थ्य और विकास को बढ़ावा देने के लिए शीघ्र कदम उठाए जा सकें।

Children 1st सेवाएँ स्थानीय जिला कर्मचारियों द्वारा प्रदान की जाएगी, जो क्षमताओं और संसाधनों की आवश्यकताओं तथा विकासात्मक जांच (जैसे, आयु और अवस्था प्रश्नावली और बच्चों में ऑटिज्म के लिए संशोधित चेकलिस्ट) का व्यक्तिगत मूल्यांकन पूरा करेंगे। सेवाएँ घर पर, क्लिनिक में या टेलीहेल्थ के माध्यम से प्रदान की जा सकती हैं।

यदि नीचे "सहमत" विकल्प दर्शाया गया है, तो मैं समझता/समझती हूँ कि:

1. जॉर्जिया सार्वजनिक स्वास्थ्य विभाग (Department of Public Health, DPH) मुझे टेक्स्ट मैसेज या ईमेल मैसेज भेज सकता है।
2. DPH मुझे सुरक्षित टेलीहेल्थ प्लेटफॉर्म के माध्यम से सेवाएँ प्रदान कर सकता है।
3. DPH से टेक्स्ट और ईमेल प्राप्त करने में जोखिम हो सकते हैं, जैसे कि कोई दूसरा व्यक्ति संदेश पढ़ सकता है।
4. मेरा सेल फ़ोन वाहक मेरे सेल फ़ोन प्लान के आधार पर संदेशों या अन्य डेटा दरों के लिए मुझसे शुल्क ले सकता है, और इसकी लागत के लिए मैं ज़िम्मेदार हूँ।
5. यदि मैं अब DPH से टेक्स्ट संदेश या ईमेल संदेश प्राप्त नहीं करना चाहता/चाहती हूँ, या टेलीहेल्थ के माध्यम से सेवाएँ प्राप्त नहीं करना चाहता/चाहती हूँ, तो मैं अपने Children 1st समन्वयक से संपर्क करके किसी भी समय अपनी सहमति वापस ले सकता/सकती हूँ।
6. यदि मेरा सेल फ़ोन नंबर या ईमेल पता बदल जाता है या अब मेरे पास नहीं है, तो मैं समझता/समझती हूँ कि जब भी संभव हो, इस परिवर्तन से कम से कम दस (10) दिन पहले Children 1st समन्वयक को लिखकर DPH को इस परिवर्तन के बारे में सूचित करना मेरी एकमात्र ज़िम्मेदारी है। यदि मैं DPH को इस परिवर्तन के बारे में सूचित करने में विफल रहता/रहती हूँ, तो मैं यह जोखिम उठा रहा/रही हूँ कि मेरी जानकारी लागू कानून की सुरक्षा के बाहर अन्य लोगों को बताई या उनके द्वारा उपयोग की जा सकती है।
7. नीचे "मैं सहमत हूँ" का चयन करना मेरा विकल्प है और "मैं सहमत नहीं हूँ" का चयन करने से Children 1st कार्यक्रम के लिए मेरी पात्रता या उसमें भागीदारी प्रभावित नहीं होगी।
8. यह सहमति हस्ताक्षर किए जाने की तिथि से पाँच (5) वर्षों में समाप्त हो जाएगी, जब तक कि मैं उस तिथि से पहले Children 1st समन्वयक को लिखित रूप में अपनी सहमति वापस नहीं ले लेता/लेती।

कृपया नीचे दिए गए विकल्पों में से एक का चयन करें (Please select one of the below options):

मैं टेक्स्ट संदेश के माध्यम से कार्यक्रम से संचार प्राप्त करने के लिए सहमत हूँ। (I agree to receive communication from the program via text message.)

मैं टेक्स्ट संदेश के माध्यम से कार्यक्रम से संचार प्राप्त करने के लिए सहमत नहीं हूँ। (I do not agree to receive communication from the program via text message.)

मई 2025 में अपडेट किया गया

कृपया नीचे दिए गए विकल्पों में से एक का चयन करें (Please select one of the below options):

- मैं ईमेल के माध्यम से कार्यक्रम से संचार प्राप्त करने के लिए सहमत हूँ। (I agree to receive communication from the program via text message.)
- मैं ईमेल के माध्यम से कार्यक्रम से संचार प्राप्त करने के लिए सहमत नहीं हूँ। (I do not agree to receive communication from the program via text message.)

कृपया नीचे दिए गए विकल्पों में से एक का चयन करें (Please select one of the below options):

- मैं टेलीहेल्थ के माध्यम से सेवाएँ प्राप्त करने के लिए सहमत हूँ। (I agree to receive communication from the program via e-mail.)
- मैं टेलीहेल्थ के माध्यम से सेवाएँ प्राप्त करने के लिए सहमत नहीं हूँ। (I do not agree to receive communication from the program via e-mail.)

नीचे आपके हस्ताक्षर दर्शाते हैं कि आप चिल्ड्रेन फर्स्ट प्रोग्राम द्वारा उपरोक्त और स्क्रीनिंग के पूरा होने से सहमत हैं।

बच्चे का नाम (अंतिम) Child's Last Name	(पहला) Child's First Name	जन्म तिथि (Child's DOB):
माता-पिता/अभिभावक का मुद्रित नाम (Parent/Guardian's Printed Name):		
माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर (Parent/Guardian's Signature):		हस्ताक्षरित तिथि (Date signed):
Children 1st कार्यक्रम के प्रातिनिधि के हस्ताक्षर (Children 1st Program Representative Signature):		हस्ताक्षरित तिथि Date signed):