

APPENDIX A

Informed Consent form

(വീഡിയ റേ റെ ക്ക് റേർഡിങ്ങിനും, ഗവേഷണത്തിൽചേരുന്നതിനുമുള്ള സമ്മതപത്രം)

Topic : A comparative study on Language use of parents/caregiver while interacting with typically developing children and children with autism.

വിഷയം :ഓട്ടിസം ബാധിച്ച കുട്ടികളുമായും സാധാരണ കുട്ടികളുമായും സംവദിക്കുന്ന റേർഡിങ്ങിനും മാതാപിതാക്കളുടെ ഭാഷാ ഉപയോഗത്തെ കുറിച്ചുള്ള താരതമ്യ പഠനം.

NAME OF THE CHILD /കുട്ടിയുടെ പേര് :

AGE OF THE CHILD/കുട്ടിയുടെ വയസ്സ് :

Information to the participants

You are requested to participate in the research study entitled ' A comparative study on Language use of parents while interacting with typically developing children and children with autism ' by Marjana Mahasoomi H and Divya Anna Davis under the guidance of Ms.Veena Mohan P (ASLP).

If you choose to participate you may subsequently withdraw from the study at any time without penalty or consequences of any kind. Information will be collected through (method of collection data and amount of time that it will take). This study has no medication involved and is non- invasive.The information collected will be kept confidential. The information will be provided in the language understandable to you.

Undertaking by the investigator

Your consent to participate in this study is sought. You have the right to refuse consent or withdraw the same during any part of the study without any reason. If you have any doubts about the study please feel free to clarify the same.

Consent

I have been informed about the procedure of the study. I have understood that I have the right to refuse my consent or withdraw it any time during the study. I am aware that by subjecting this investigation I will have to give more time for assessments by the investigator and that these assessments do not interfere with the benefits (if any) . All the information has been provided in the language understandable to me.

I..... have no objection to participate in the program, and thus hereby give consent to participate in the study. After understanding all these facts, I volunteer to enrol myself in this study.

Place :

Date :

Signature of the participant :

(Name and address)

ഈ വീഡിയ ോ കൂട്ടിയുടെ ആശയ വിനിമയ സ്വഭാവം മനസ്സിലാക്കുന്നതിനായി ഉപയ ോഗപ്പെടുത്തുന്നതായിരിക്കും. ക്ലിനിക്കൽ /വിദ്യാഭ്യാസ/ഗവേഷണആവശ്യങ്ങൾക്കായി ഉപയ ോഗപ്പെടുത്തുന്നതായിരിക്കും.

കുട്ടിയുടെ വീഡിയ റെക്കോർഡിങ് അയച്ചു തരാൻ താല്പര്യം കാണിച്ചതിൽ ഞങ്ങൾ നിങ്ങളെ അഭിനന്ദിക്കുന്നു. താഴെ തന്നിരിക്കുന്നവ ശ്രദ്ധിച്ചു വായിക്കുക. സമ്മതമെങ്കിൽ നിർദ്ദേശിച്ചിരിക്കുന്നസ്ഥലത്ത് ഒപ്പ് രേഖപ്പെടുത്തുക.

Consent

കുട്ടിയുടെ വീഡിയ റെക്കോർഡിങ് അയച്ചുകൊടുക്കുന്നത് എന്റെ പൂർണ്ണ സമ്മതത്തോടെ ആണെന്ന് ഞാൻ അറിയിക്കുന്നു. ഈ റെക്കോർഡിങ്ങിലെ പ്രസക്ത ഭാഗങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ അവയെ കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ നിഷ് സ്റ്റാഫ് ഗവേഷണത്തിന്മേലോ അധ്യാപനത്തിന്മേലോ ഉപയോഗിക്കുന്നതിനു എനിക്ക് പൂർണ്ണ സമ്മതം ആണ്.

ഈ റെക്കോർഡിങ്ങിൽ ഉൾപ്പെട്ടവരുടെ വിവരങ്ങൾക്കു രഹസ്യത്വകര ഉണ്ടായിരിക്കുമെന്നും ഉറപ്പ് വരുത്തിയിട്ടുണ്ട്.

സ്ഥലം :

തീയതി :

ഒപ്പ് :

രക്ഷകർത്താവ് :

Appendix B

Demographic Questionnaire

Sl No. :

Name :

Age : Date Of Birth: Gender:

Address :

Phone No. :

Occupation:

Education :

Annual Income:

No. Of Persons At Home:

No. Of Children:

Age of Child/Children:

No. Of Working Members:

For clinician:-

Name of the clinician:

Diagnosis of the child:

Details of intervention:

Remarks: