|  |
| --- |
|       |

# *Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte*

*CARTA DE TERMINACIÓN DEL CARGO DE PADRE O MADRE SUSTITUTOS*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del niño: |       | Fecha de nacimiento: |       |
| Fecha: |       |  |
| Estimado(a) Sr(a). |       |  |
|  |
| Le agradecemos por haber participado como padre sustituto en el Programa Infantes-Niños  |
| Menores de Tres Años para: |       |  |
|  |  |
| Su participación ayudó al Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años a asegurar que todos los servicios de intervención temprana necesarios y dispinibles fueran suministrados. Ya no es necesario que usted continúe en el cargo de padre sustituto debido a lo siguiente: |
| [ ]  | Usted ha decidido renunciar a dicha responsabilidad. |
| [ ]  | Usted ha indicado que ya no le es posible continuar velando por el bienestar del niño de una manera eficaz. |
| [ ]  | Usted ya no llena los requisitos establecidos para desempeñarse como padre sustituto, o |
| [ ]  | Las circunstancias relativas al niño han cambiado de tal modo que ya no se requiere el desempeño de un padre sustituto. |
| [ ]  | Otro  |       |
| Su función como padre sustituto para dicho niño finalizará en |       |
|  |
| Por favor siéntase en libertad de llamar a nuestras oficinas si tiene preguntas con respecto a esta decisión. Nuevamente, gracias por dedicar su tiempo y su apoyo. |
|  |
| Atentamente, | **Información para contactar a CDSA:**      |
| Director(a) o Representante de la Agencia de Servicios para el Desarrollo Infantil (CDSA) |
|       |  |  |
| (Nombre Escrito a Máquina o en Letra de Imprenta) |  |
|  |  |
| Firma |  |