|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte* | | | | |  | |
| *Declinación de Servicios de Temprana Intervención* | | | | | |
| **Nombre del Niño:** |  |  | **Fecha de Nacimiento:** |  | |

(Completar la Sección Aplicable )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| **Declinación de la Inscripción en el Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | Yo comprendo que mi hijo/a es elegible para el Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte, y que tiene derecho a obtener los servicios de intervención temprana, tal como está descrito en el Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP). Yo, en este momento, declino proceder con el desarrollo del IFSP. Comprendo que puedo reconsiderar esta decisión y que mi hijo/a puede ser remitido nuevamente al programa, antes de su tercer cumpleaños. | | | | |
|  |  | | | | |
|  | He recibido una copia de mis derechos bajo la Parte C de IDEA, Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte, Notificación sobre los Derechos del Niño y su Familia. Mis derechos han sido explicados y los comprendo. | | | | |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  | Firma del padre o madre |  | Fecha | |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Declinación de Todos los Servicios e Inscripciones Existentes en** **el Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | Yo comprendo que mi hijo/a es elegible para recibir todos los servicios anotados en el Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP) que fué desarrollado o revisado el      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha). Yo, en este momento, declino que mi hijo/a continúe inscrito, y reciviendo servicios a través del Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte. Comprendo que puedo reconsiderar esta decisión y que mi hijo/a puede ser remitido nuevamente al programa, antes de su tercer cumpleaños. | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  | |
|  | He recibido una copia de mis derechos bajo la Parte C de IDEA, Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte, Notificación sobre los Derechos del Niño y su Familia. Mis derechos han sido explicados y los comprendo. | | | | | | |
|  |  | | |  |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  |
|  | Firma del padre o madre | | |  | Fecha | |  |
|  |  |  |  | | |  |  |