|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| ***برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية*** |

***خطاب إخطار بشأن الوالد البيولوجي***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم الطفل: |  | | | | تاريخ الميلاد: |  |
|  | | | | | | |
| التاريخ: | |  | | |  | |
| السيد/السيدة: | |  | | |  | |
| هذا الخطاب لإخطاركم بأنه تم تعيين أحد الوالدين البدلاء لأجل  أثناء المشاركة في برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية يلزم توفير الوالد البديل بموجب اللوائح الفيدرالية وقوانين الولاية في الحالات التي لا يمكن فيها تحديد أحد الوالدين، أو عندما تكون الجهود المبذولة لتحديد مكان أحد الوالدين غير ناجحة، أو عندما يكون الطفل في الوصاية القانونية لإدارة الخدمات الاجتماعية. | | | | | | |
| يتم الاستعانة بالوالد البديل لحماية حقوق الطفل بموجب برنامج مقدمي الرعاية للأطفال الرُضع.  وسيتحمل للوالد البديل مسؤوليات تمثيل الطفل المذكور أعلاه في جميع الشؤون المتعلقة ببرنامج مقدمي الرعاية للأطفال الرُضع، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر:   * تقديم جميع الموافقات المطلوبة مثل الموافقة على التقييم أو تقديم الخدمة والتفويض بالإفصاح عن المعلومات، * التقييمات والتقديرات، بما في ذلك الحضور والمساهمة حسب الاقتضاء، * تطوير وتنفيذ والتوقيع على خطة خدمات الأسرة المنفردة (بما في ذلك المراجعات والاجتماعات السنوية)، * التوفير المستمر لخدمات التدخل المبكر، و * أي حقوق أخرى تم إنشاؤها بموجب برنامج مقدمي الرعاية للأطفال الرُضع بولاية كارولينا الشمالية. | | | | | | |
| نأمل أن يتعاون جميع الأشخاص المتواجدين في حياة طفلك معًا حتى يمكن تقديم خدمات التدخل المبكر بشكل أكثر ملاءمة. في حالة وجود أي أسئلة أو استفسارات، لا تتردد في التواصل معي. يمكنك التواصل معي عبر تفاصيل التواصل التالية     . | | | | | | |
| مع وافر الشكر والتقدير، | | | | **معلومات (CDSA):** | | |
| ممثل (CDSA): | | | |
|  | | |  |
| *(Print or Type Name)* | | |  |
|  | | |
| *Signature* | | |  |
|  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| cc: | ITP Record |  |  |  |
|  | DSS |  |  |  |
|  |  |  |  |  |