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

***خطاب إخطار الوالدين البيولوجيين***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم الطفل: | |  | | | | | | تاريخ الميلاد: |  |
|  | | | | | | | | | |
| التاريخ: | |  | | | | | |  | |
| حضرة | |  | | | | | |  | |
| الغرض من إرسال هذا الخطاب إبلاغك بأنه تم تعيين والد بديل لـ خلال المشاركة في برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية. يُشترط وجود الوالد البديل بموجب لوائح الولاية واللوائح الفيدرالية في الحالات التي لا يمكن فيها تحديد هوية أحد الوالدين، أو عندما تفشل الجهود المبذولة لتحديد مكان أحد الوالدين، أو عندما يكون الطفل تحت الحضانة القانونية لإدارة الشؤون الاجتماعية. | | | | | | | | | |
| يتم تعيين والد بديل لحماية حقوق الطفل بموجب برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار.  سيقع على عاتق الوالد البديل مسؤوليات تمثيل الطفل المذكور أعلاه في جميع المسائل المتعلقة ببرنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:   * توفير جميع الموافقات اللازمة مثل الموافقة على التقييم أو تقديم الخدمة والتصريح بنشر المعلومات؛ * التقييمات والتقديرات، بما في ذلك الحضور والمساهمة حسب الاقتضاء؛ * وضع الخطة الفردية لخدمة الأسرة وتنفيذها وتوقيعها (بما في ذلك المراجعات والاجتماعات السنوية)؛ * الاستمرار في توفير خدمات التدخل المبكر؛ * أي حقوق أخرى منصوص عليها في برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية. | | | | | | | | | |
| نأمل أن يتعاون جميع الأشخاص المشاركين في حياة طفلك حتى يمكن تقديم خدمات التدخل المبكر الأكثر ملاءمة. لا تتردد في التواصل معي إذا كانت لديك أي أسئلة أخرى. يمكن التواصل معي على      . | | | | | | | | | |
| مع أطيب التحيات، | | | | | | | **معلومات التواصل مع وكالة CDSA:** | | |
| ممثل وكالة خدمات تنمية الأطفال (CDSA): | | | | | | |
|  | | | | |  | |
| *(اكتب بأحرف واضحة أو اكتب الاسم)* | | | | |  | |
|  | | | | |
| *التوقيع* | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| نسخة إلى: | سجل ITP | |  |  | |  | | | |
|  | DSS | |  |  | |  | | | |
|  |  | |  |  | |  | | | |