|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ***برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية*** |
| ***الامتناع عن خدمات التدخل المبكر***  |
| **اسم الطفل:** |       |  | **تاريخ الميلاد:** |       |

(أكمل الجزء المخصص بالطلب)

|  |
| --- |
|  |
| **الامتناع عن الانضمام لبرنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية** |
|  |
| [ ]  | أدرك أن طفلي مؤهل لبرنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية، وله الحق في الحصول على خدمات التدخل المبكر على النحو المبين في خطة (IFSP). أمتنع عن المضي قدمًا في صياغة خطة IFSP في الوقت الحالي. أدرك أنني قد أعيد النظر في هذا القرار وأنه يمكن إعادة إحالة طفلي إلى البرنامج قبل حلول عيد مولده الثالث. |
|  |  |
| [ ]  | تلقيت نسخة من حقوقي بموجب الجزء (ج) من قانون (IDEA)، إشعار حقوق الطفل والأسرة ببرنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية تم توضيح حقوقي لي وقد فهمتها وأدركتها. |
|  |  |  |  |  |
|  |       |  |       |  |
|  | توقيع ولي الأمر |  | التاريخ |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **رفض كافة الخدمات وإنهاء التسجيل في برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية** |
|  |
| [ ]  | أفهم أن طفلي مؤهل لتلقي جميع خدمات التدخل المبكر المدرجة في خطة (IFSP) التي تم صياغتها أو مراجعتها في     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (التاريخ). أرفض استمرار طفلي في التسجيل للبرنامج وتلقي الخدمات من خلال برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية. أدرك أنني قد أعيد النظر في هذا القرار وأنه يمكن إعادة إحالة طفلي إلى البرنامج قبل حلول عيد مولده الثالث. |
|  |  |  |  |  |
| [ ]  | تلقيت نسخة من حقوقي بموجب الجزء (ج) من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA)، إشعار حقوق الطفل والأسرة ببرنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية تم توضيح حقوقي لي وقد فهمتها وأدركتها. |
|  |  |  |  |  |
|  |       |  |       |  |
|  | توقيع ولي الأمر |  | التاريخ |  |
|  |  |  |  |  |  |