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

(أكمل الجزء المخصص بالطلب)

|  |
| --- |
|  |
| **الامتناع عن الانضمام إلى برنامج 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 الخطة الفردية لخدمة الأسرة (IFSP). أرفض المضي قدمًا في وضع خطة IFSP في الوقت الحالي. أدرك أنني قد أعيد النظر في هذا القرار وأنه يمكن إعادة إحالة طفلي إلى البرنامج قبل حلول عيد ميلاده 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 جميع الخدمات وإلغاء التسجيل في برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية** |
|  |
| [ ]  | أفهم أن طفلي مؤهل لتلقي جميع خدمات التدخل المبكر المدرجة في الخطة الفردية لخدمة الأسرة (IFSP) التي تم وضعها أو مراجعتها في      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (التاريخ). أرفض استمرار طفلي في التسجيل بالبرنامج وتلقي الخدمات من خلال برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية في هذا الوقت. 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 |  |
|  |  |  |  |  |  |