|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***北卡羅來納州嬰幼兒計畫*** *(North Carolina Infant-Toddler Program, NC ITP)* | | | | |  |
|  | | | | |  |
| ***拒絕早期療育服務*** | | | | | |
| **兒童姓名：** |  |  | **出生日期：** |  | |

（填寫適用部分）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| **拒絕註冊北卡羅來納州嬰幼兒計畫** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | 我了解我的孩子符合北卡羅來納州嬰幼兒計畫的資格，並有權根據個別化家庭服務計劃 (IFSP) 獲得早期療育服務。我目前拒絕繼續制定 IFSP。我明白我可以重新考慮此決定，並且可以在我的孩子三歲生日之前再次將他/她轉介到這個計畫。 | | | | |
|  |  | | | | |
|  | 我已收到根據《身心障礙者教育法》(IDEA) 第 C 部分所賦予我的權利副本，即《北卡羅來納州嬰幼兒計畫兒童和家庭權利通知》。相關人員已經向我解釋我的權利，而且我也理解。 | | | | |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  | 家長簽名 |  | 日期 | |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **拒絕北卡羅萊納州嬰幼兒計畫所有服務並退出註冊** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | 我了解我的孩子有資格接受在個別化家庭服務計劃 (IFSP) 中列出的所有早期療育服務，該計劃於      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（日期）制定或審查。我目前拒絕讓我的孩子繼續註冊並接受北卡羅來納州嬰幼兒計畫的服務。我明白我可以重新考慮此決定，並且可以在我的孩子三歲生日之前再次將他/她轉介到這個計畫。 | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  | |
|  | 我已收到根據《身心障礙者教育法》(IDEA) 第 C 部分所賦予我的權利副本，即《北卡羅來納州嬰幼兒計畫兒童和家庭權利通知》。相關人員已經向我解釋我的權利，而且我也理解。 | | | | | | |
|  |  | | |  |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  |
|  | 家長簽名 | | |  | 日期 | |  |
|  |  |  |  | | |  |  |