|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ***برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***دعوة لحضور اجتماع*** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اسم الطفل: | | | |  | | | | |  |  | يُطلب من برنامج (NC ITP) إجراء الترتيبات الملائمة لقعد الاجتماع مع العائلة والمشاركين الآخرين وإرسال إشعار كتابي في وقت مبكر قبل موعد اجتماع خطة (IFSP) بحيث يمكن للعائلة ومقدمي الخدمات المشاركة بالاجتماع. | | | | | |
| تاريخ الميلاد: | |  | | | | | | |  |  |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |  |  | | | | | |
| السيد/السيدة:  أود التأكيد على انعقاد اجتماع فريق خطة IFSP أو تاريخ مؤتمر التخطيط للانتقال الذي تمت مناقشته مسبقًا بخصوص طفلك.   تم تحديد موعد انعقاد الاجتماع بما يتناسب مع عائلتك. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | |  |  | | | | | | | |  |
| *التاريخ* | | |  | | *الساعة* | |  | *الموقع/العنوان* | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **فئة الاجتماع:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | اجتماع لوضع الخطة الأولية لخدمة الأسرة المنفردة | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | اجتماع لمراجعة أو استعراض خطة خدمة الأسرة المنفردة | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | الاجتماع السنوي لتقييم خطة خدمة الأسرة المنفردة | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | اجتماع لإضافة (أو مراجعة) خطة الانتقال إلى خطة خدمة الأسرة المنفردة لطفلك | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | مؤتمر التخطيط لعملية الانتقال (تاريخ الإحالة إلى برنامج NC ITP): | | | | | | | | | |  | |  | اللغة الرئيسية: |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***خطة (IFSP)***  خطة IFSP هي خطة عائلتك المكتوبة لتوفير خدمات التدخل المبكر لك ولطفلك. هذه الخطة تصف كيفية تعاونك مع فريق التدخل المبكر سويًا لتلبية الاحتياجات المحددة لطفلك وعائلتك. أولياء الأمر يمثلون جزءً حيوياً من فريق خطة IFSP وعملية صنع القرار. يجب إتمام انعقاد اجتماع الخطة الأولية لخدمة الأسرة المنفردة IFSP في غضون 45 يومًا تقويميًا من موعد إحالة طفلك إلى برنامج NC ITP ما لم تقم بتمديد موعد الاجتماع لتلبية احتياجات أسرتك. يجب مراجعة خطة IFSP كل ستة أشهر على الأقل ويجب عقد اجتماع سنوي لتقييم الخطة ومراجعتها حسب الضرورة. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***التخطيط لعملية الانتقال***  عندما يكون عمر طفلك بين عامين وثلاثة أشهر وعامين، سيتم تحديد اجتماعات فترة التسعة أشهر لمناقشة عملية الانتقال والتخطيط لها. من خلال موافقتك، سيعقد منسق الخدمة الخاص بك اجتماعا معك ومع ممثلين من نظام المدرسة المحلي. يمكن أيضًا دعوة وكالات المجتمع الأخرى حسب موافقتك. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| لقد قمت بمنح موافقتك على دعوة الأشخاص التالي ذكرهم لحضور الاجتماع أو إبلاغهم به وسيتلقون نسخة من هذا الإشعار. سيقدم أعضاء فريق خطة IFSP معلومات لوضع أو مراجعة الخطة. أعضاء الفريق قد لا يحضروا الاجتماع بشكل فعلي ولكنهم قد يوفرون معلومات مكتوبة أو شفهية. ستتم مشاركة كل هذه المعلومات معك في الاجتماع. يمكنك دعوة أي شخص ترغب في المشاركة في الاجتماع. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الاسم:** | | | | | | | | | | | **الوكالة:** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| في حالة وجود أسئلة أو استفسارات، يرجى التواصل معي على المعلومات الموضحة أعلاه. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مع وافر الشكر والتقدير، | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
| *منسق خدمة التدخل المبكر* | | | | | | | | | |  | | *رقم الهاتف:* | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FOR LEA USE** | | | | |  | Parents received a copy of this notice: | | |
| ولي الأمر ليس مهتمًا بالانتفاع من خدمات برنامج مرحلة ما قبل التعليم المدرسي في الوقت الحالي  Parent is not interested in pursuing services from the Preschool Program at this time. | | | | |  | Hand Delivered | | |
|  | Mailed | | |
| Date: |  |  |  |  |  | Date: |  |  |
|  |  |  | توقيع الوالد (ولي الأمر): Parent Signature |  |  |  | |  |