|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **उत्तरी केरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **बैठक का आमंत्रण** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| बच्चे का नाम: | | | | |  | | | | | |  |  | एनसी शिशु-बच्चा कार्यक्रम (NC ITP) के लिए आवश्यक है कि वे व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना (IFSP) की बैठक की तारीख से पहले परिवार और अन्य प्रतिभागियों के साथ बैठक की व्यवस्था करें और लिखित सूचना प्रदान करें ताकि परिवार और प्रदाता भाग ले सकें। | | | | | | | | | | |
| जन्म की तारीख: | | |  | | | | | | | |  |  |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | | | | | | | |
| माननीय महोदय      ,  मैं आपके बच्चे के लिए पूर्व में चर्चा की गई IFSP टीम मीटिंग या परिवर्तन योजना सम्मेलन की तारीख की पुष्टि करना चाहूंगा।  बैठक आपके परिवार की सुविधानुसार निर्धारित की गई है। | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | |  |
| *तारीख* | | | |  | | *समय* | | |  | *जगह/ पता* | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **बैठक का प्रकार:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | प्रारंभिक व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना विकसित करने के लिए बैठक। | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना को संशोधित करने या समीक्षा करने के लिए बैठक | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना का मूल्यांकन करने के लिए वार्षिक बैठक | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | *आपके बच्चे की व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना में परिवर्तन योजना को जोड़ने (या समीक्षा) करने के लिए एक बैठक* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | परिवर्तन योजना सम्मेलन (NC ITP के लिए रेफरल की तिथि) | | | | | | | | | | | |  | |  | प्राथमिक भाषा: | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना* ***(IFSP)***  IFSP ***आपके और आपके बच्चे के लिए प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के प्रावधान के लिए आपके परिवार की लिखित योजना है।***  ***यह बताता है कि आप और आपकी प्रारंभिक हस्तक्षेप टीम आपके बच्चे और परिवार के लिए पहचानी गई जरूरतों को पूरा करने के लिए एक साथ कैसे काम करेगी।***  ***माता-पिता*** IFSP ***टीम और निर्णय लेने की प्रक्रिया का एक महत्वपूर्ण हिस्सा हैं।***  ***जब तक आप अपने परिवार की जरूरतों को पूरा करने के लिए इस समय सीमा का विस्तार नहीं करते हैं, तब तक आपके बच्चे को*** NC ITP ***के लिए संदर्भित किए जाने के 45 कैलेंडर दिनों के भीतर एक प्रारंभिक*** IFSP ***बैठक पूरी की जानी चाहिए।***  IFSP ***की कम से कम हर छह महीने में समीक्षा की जानी चाहिए और*** IFSP ***का मूल्यांकन करने और आवश्यकतानुसार संशोधित करने के लिए एक वार्षिक बैठक आयोजित की जानी चाहिए।*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| योजना प्रक्रिया  जब आपका बच्चा दो साल, तीन महीने और दो साल के बीच का हो, तो बदलाव की प्रक्रिया पर चर्चा करने और उसकी योजना बनाने के लिए नौ महीने की बैठकें निर्धारित की जाएंगी। आपके अनुमोदन से, आपका सेवा समन्वयक आपके और स्थानीय स्कूल प्रणाली के प्रतिनिधियों के साथ एक बैठक आयोजित करेगा। आपकी सहमति से अन्य सामुदायिक एजेंसियों को भी आमंत्रित किया जा सकता है। | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| आपने निम्नलिखित लोगों को बैठक में आमंत्रित करने या इसके बारे में सूचित किए जाने की सहमति दी है और उन्हें इस सूचना की एक प्रति प्राप्त होगी। IFSP टीम के सदस्य IFSP के विकास या समीक्षा के लिए जानकारी प्रदान करेंगे। वे वास्तव में बैठक में उपस्थित नहीं हो सकते हैं, लेकिन लिखित या मौखिक जानकारी प्रदान कर सकते हैं। यह सारी जानकारी मीटिंग में आपके साथ साझा की जाएगी। आप बैठक में भाग लेने के इच्छुक किसी भी व्यक्ति को आमंत्रित कर सकते हैं। | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **नाम** | | | | | | | | | | | | | **एजेंसी** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| यदि उपरोक्त जानकारी के बारे में आपके कोई प्रश्न हैं तो कृपया मुझे कॉल करें। | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| शुद्धता से | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |
| *प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा समन्वयक* | | | | | | | | | | | |  | | *फ़ोन नंबर* | | | | | | | | | |
| **FOR LEA USE** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Parents received a copy of this notice: | | | | | |
| माता-पिता इस समय पूर्वस्कूली कार्यक्रम से सेवाओं को आगे बढ़ाने में रुचि नहीं रखते हैं।.  Parent is not interested in pursuing services from the Preschool Program at this time. | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Hand Delivered | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Mailed | | | | | |
| तारीख | |  | | | | |  |  | | | | | | | |  |  | Date: |  | | |  | |
|  | |  | | | | |  | माता-पिता के हस्ताक्षर | | | | | | | |  |  |  | | | |  | |