|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Программа штата Северная Каролина для младенцев и детей*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| ***ясельного возраста***  ***Приглашение на встречу*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя ребенка: | | |  | | | | | |  | Программа штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста (NC ITP) обязана подготовить встречу и направить письменное уведомление семье и другим участникам мероприятия. Приглашение на встречу необходимо отослать заблаговременно до даты, указанной в Индивидуальном плане обслуживания семьи (IFSP). Это обеспечит участие во встрече семьи и представителей программы. | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата рождения: | | |  | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Уважаемый (ая)      ,  Я хотел бы подтвердить дату собрания группы IFSP или встречи по планированию перехода ребенка, которая, как мы говорили ранее, определена для обсуждения дальнейшего участия в программе вашего ребенка. Встреча была назначена на удобное для вашей семьи время. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| *Дата* | | |  | *Время* | | |  | *Местоположение/адрес* | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **ТИП ВСТРЕЧИ:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Встреча для разработки первоначального Индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Встреча для рассмотрения/пересмотра Индивидуального плана семейного плана обслуживания (IFSP) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ежегодное собрание для оценки Индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Встреча для добавления (или пересмотра) плана перехода к индивидуальному семейному плану обслуживания вашего ребенка. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Встреча по планированию перехода из программы (дата направления в программу штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста) | | | | | | | | | | |  | |  | Основной язык: | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Индивидуальный план семейного обслуживания (IFSP)***  IFSP — это подготовленный в письменном виде план по предоставлению услуг раннего вмешательства вам и вашему ребенку. В нем описывается, как вы и ваша группа раннего вмешательства будете работать вместе для удовлетворения выявленных потребностей вашей семьи и вашего ребенка. Родители являются важной частью команды IFSP и полноправными участниками процесса принятия решений. Первая встреча IFSP должна состояться в течение 45 календарных дней с момента направления вашего ребенка для участия в программе штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста. Указанный срок вы можете продлить, если это необходимо для вашей семьи. Индивидуальный план (IFSP) следует пересматривать по меньшей мере раз в каждые шесть месяцев, а ежегодное собрание для оценки или пересмотра IFSP проводить по мере необходимости. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Планирование перехода***  В период, когда ваш ребенок достигнет возраста 2,3 – 2,9 года, вам будет назначена встреча для обсуждения и планирования процесса перехода вашего ребенка из программы в дошкольное учреждение или в другую программу. С вашего согласия ваш координатор созовет встречу с вами и представителями местной школьной системы. Представители других местных организации также могут быть приглашены при условии вашего на то согласия. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Вы дали согласие на то, чтобы нижеуказанные лица были приглашены на встречу или проинформированы о ней. Эти лица получат копию данного уведомления. Члены группы предоставят информацию для разработки или пересмотра индивидуального плана обслуживания семьи (IFSP). Они могут не присутствовать на встрече, но предоставят необходимую информацию в письменном или устном виде. Эта информация будет представлена вам на встрече. Вы можете пригласить любого, кого пожелаете, для участия во встрече. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Имя** | | | | | | | | | | | | **Агентство** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Пожалуйста, позвоните мне, если у вас есть какие-либо вопросы по поводу вышеуказанной информации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| С уважением, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |
| *Координатор службы раннего вмешательства* | | | | | | | | | | |  | | *Номер телефона* | | | | | | | | | | | |
| **FOR LEA USE** | | | | | | | | | | | | | | | |  | Parents received a copy of this notice: | | | | | | | |
| В настоящее время родитель не заинтересован в получении услуг в рамках дошкольной программы..  Parent is not interested in pursuing services from the Preschool Program at this time. | | | | | | | | | | | | | | | |  | Hand Delivered | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | Mailed | | | | | | | |
| Дата: | |  | | |  |  | | | | | | | | |  | | Date: |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | Подпись родителя | | | | | | | | |  | |  | | | | |  | |