|  |
| --- |
|  |

***北卡羅來納州嬰幼兒計畫****(North Carolina Infant-Toddler Program, NC ITP)*

***事前書面通知***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 兒童姓名： | | |  | | 出生日期： | | | |  | |  | | | | | |
| 通知日期： | | |  | |  | | | | | | | | | | | |
| 尊敬的 | | ： | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **在北卡羅來納州嬰幼兒計劃 (NC ITP) 提出或拒絕啟動或變更對您孩子的識別、評估或安置，或提供早期療育服務給您孩子和您孩子的家庭之前，必須事先書面通知家長。事前書面通知必須在採取行動前十 (10) 個日曆日提供給家長，除非家長同意該行動可以在十 (10) 個日曆日之內進行。** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **擬議或拒絕的行動：** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 您的孩子符合 NC ITP 的資格 | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | 您的孩子不符合 NC ITP 的資格 | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 您的孩子將在三歲之前退出 NC ITP。IFSP 上列出的所有服務將結束。 | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 其他*（僅在勾選「其他」時需要描述行動）* | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 擬議或拒絕的行動： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **擬議或拒絕上述行動的原因**，包括用於做出此決定的資訊描述（例如，家長訪談資訊、評估/評鑑程序、 報告、記錄） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 如果您對上述資訊有任何問題，請聯絡我。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EISC 名稱： | | |  | 電話號碼： | | | | | |  | | | |  | | |
| CDSA 名稱： | | |  |  | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | |  | |
| **兒童和家庭權利及程序保障家長通知：**我們已將***《北卡羅來納州嬰幼兒計畫兒童和家庭權利通知》***文件副本提供給您，審閱並解釋了相關權利和程序保障，作為所有事前書面通知表格的附件。這些資訊包括所有可用的程序保障，包括調解、正當程序和州申訴程序的描述，以及這些程序的時間表。 | | | | | |  | **供 CDSA 使用**（請勾選並完成所有適用項目）： | | | | | | | |  | |
|  | | | | | |  |  | 通知寄出日期 | | | |  | | |  | |
|  | | | | | |  |  | 親送通知日期 | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  |  | 家長於 | | | |  | | |  | |
|  | | | | | |  |  | 同意更快採取擬議行動，而無需等待十 (10) 天的事前通知時間。 | | | | | | |  | |