|  |
| --- |
|       |

***برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية***

# **طلب أولياء الأمور للوساطة و/أو الإجراءات الإدارية الواجبة**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **اسم الطفل:** |  | **تاريخ الميلاد:** |  |
| عنوان الطفل: |       |
|  |       |
| اسم ولي الأمر: |       |
| عنوان ولي الأمر: |       |
|  |       |
| هاتف ولي الأمر: |       | أنسب وقت للاتصال: |       |
|  |       |  |       |
|  |  |
|  |
| اسم الوكالة المقدّم الشكوى ضدها: |       |
| اسم الشخص المقدّم الشكوى ضده (إن وجد): |       |
| العنوان: |       |
| الهاتف: |       |  |
|  |
| يُرجى تقديم بيان بالحقائق التي تصف طبيعة الشكوى. (يمكنك إرفاق صفحة إضافية إذا لزم الأمر). |
|       |
| أفهم أنه من خلال إكمال هذا النموذج وإرساله إلى برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية على العنوان الوارد أدناه،فإنني أقدم طلبًا رسميًا للوساطة و/أو جلسة استماع خاصة بالإجراءات الإدارية الواجبة. |
| أدرك أن لدي حقوقًا معينة للطفل والأسرة بموجب برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية فيما يتعلق بتسوية الخلافات. تلقيت نسخة من *إشعار حقوق الطفل والأسرة ببرنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية.* لقد تم إعلامي بحقوقي وقد فهمتها وأدركتها بموجب برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار. |
|  |       |  |       |  |
|  | *توقيع ولي الأمر* |  | *التاريخ* |  |
|  |
| Early Intervention Section Part C DirectorDivision of Child and Family Well-Being1916 Mail Service CenterRaleigh, NC 27699-1916 |  | **مخصص للاستخدام المكتبي فقط** |  |  |  |
|  |  | [ ]  تاريخ الاستلام من قبل وكالة CDSA |       | [ ]  غير متاح |  |
|  |  | [ ]  تاريخ الاستلام من قبل المكتب المركزي لقسم التدخل المبكر  |       |  |
|  |  |  |  |  |