|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

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

# **طلب من الوالدين للوساطة و/أو جلسة استماع إدارية**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **اسم الطفل:** |  | **تاريخ الميلاد:** |  |
| عنوان الطفل:  |       |
|  |       |
| اسم الوالد: |       |
| عنوان الوالد: |       |
|  |       |
| رقم هاتف الوالد: |       | التوقيت الملائم للاتصال بالوالد: |       |
|  |       |  |       |
|  |  |
|  |
| اسم الوكالة التي رُفعت ضدها الشكوى: |       |
| اسم الشخص التي رُفعت ضده الشكوى(حسب الاقتضاء): |       |
| العنوان: |       |
| رقم الهاتف: |       |  |
|  |
| يرجى تقديم بيان حقائق لوصف طبيعة الشكوى. (يمكنك إرفاق صفحة إضافية إذا لزم الأمر). |
|       |
| أدرك أنه من خلال إكمال هذا النموذج وإرساله إلى برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية على العنوان أدناه، فأنا أتقدم بطلب رسمي للوساطة و / أو جلسة استماع إدارية. |
| أُدرك أن لدي بعض حقوق الطفل والأسرة بموجب برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية فيما يتعلق بتسوية الخلافات. تلقيت نسخة من حقوقي بموجب حقوق الطفل والأسرة ببرنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية. تم توضيح حقوقي لي وقد فهمتها وأدركتها بموجب برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية.  |
|  |       |  |       |  |
|  | *توقيع الوالد:*  |  | *التاريخ:*  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Early Intervention Section Part C DirectorDivision of Child and Family Well-Being1916 Mail Service CenterRaleigh, NC 27699-1916 |  | **For Office Use Only** |  |  |  |
| [ ]  Date received by CDSA |       | [ ]  N/A |  |
| [ ]  Date received by Early Intervention Section Central Office  |       |  |
|  |  |  |