|  |
| --- |
|  |

***उत्तरी कैरोलिना इन्फ़ेंट-टॉडलर प्रोग्राम***

# **मध्यस्थता और/या प्रशासनिक प्रक्रिया के लिए माता-पिता का अनुरोध**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **बच्चे का नाम:** | | |  | | | | | | | | | | | | | **जन्मतिथि:** | | |  | | |
| बच्चे का पता: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| माता-पिता का नाम: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| माता-पिता का पता: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| माता-पिता का फ़ोन नंबर: | | | |  | | | | | | कॉल करने का सर्वोत्तम समय: | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| एजेंसी का नाम, जिसके विरुद्ध शिकायत है: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| जिस व्यक्ति के विरुद्ध शिकायत है, उसका नाम (अगर लागू हो): | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| पता: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| फ़ोन: | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| कृपया शिकायत की प्रकृति का वर्णन करते हुए तथ्यों का विवरण दें। (अगर आवश्यक हो, तो आप एक अतिरिक्त पेज संलग्न कर सकते हैं)। | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| मैं समझता/समझती हूँ कि इस फ़ॉर्म को पूरा भरकर और नीचे दिए गए पते पर नॉर्थ कैरोलिना इन्फ़ेंट-टॉडलर प्रोग्राम में जमा करके, मैं मध्यस्थता और/या प्रशासनिक प्रक्रिया सुनवाई के लिए औपचारिक अनुरोध दायर कर रहा/रही हूं। | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| मैं समझता/समझती हूं कि मतभेदों के समाधान के संबंध में उत्तरी कैरोलिना इन्फ़ेंट-टॉडलर प्रोग्राम के अंतर्गत मेरे पास कुछ बाल एवं पारिवारिक अधिकार हैं। मुझे *उत्तरी कैरोलिना इन्फ़ेंट-टॉडलर प्रोग्राम के बाल एवं परिवार अधिकार नोटिस* की एक प्रति प्राप्त हुई है। मुझे इन्फ़ेंट-टॉडलर प्रोग्राम के अंतर्गत अपने अधिकारों के बारे में जानकारी दी गई है और मैं उन्हें समझता/समझती हूँ। | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | |
|  | *अभिभावक के हस्ताक्षर* | | | | | | | | | | |  | | *तिथि* | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| प्रारंभिक हस्तक्षेप अनुभाग भाग C निदेशक  बाल एवं परिवार कल्याण विभाग  1916 मेल सेवा केंद्र  रैले, NC 27699-1916 | | | | | |  | | **सिर्फ़ कार्यालय के उपयोग के लिए** | | | | |  | | | | |  | | |  |
|  | | | | | |  | | CDSA को प्राप्त होने की तिथि | | |  | | | | | | | N/A | | |  |
|  | | | | | |  | | प्रारंभिक हस्तक्षेप अनुभाग केंद्रीय कार्यालय को प्राप्त होने की तिथि | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |  | | |  |