|  |
| --- |
|       |

**उत्तरी केरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **बच्चे का नाम:** |  | **जन्म की तारीख:** |  |
| बच्चे का पता: |       |
|  |       |
| माता - पिता का नाम: |       |
| जन्म की तारीख: |       |
|  |       |
| माता-पिता का फ़ोन: |       | अछा समय कॉल करने का: |       |
|  |       |  |       |
|  |  |
|  |
| एजेंसी का नाम शिकायत के खिलाफ है: |       |
| व्यक्ति का नाम जिसके विरुद्ध शिकायत है (यदि लागू हो): |       |
| पता: |       |
| फ़ोन:  |       |  |
|  |
| कृपया शिकायत की प्रकृति का वर्णन करते हुए तथ्यों का विवरण दें। (यदि आवश्यक हो तो आप एक अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न कर सकते हैं)। |
|       |
| मैं समझता हूं कि नीचे दिए गए पते पर उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम में इस फॉर्म को भरकर और जमा करके,मैं मध्यस्थता और/या प्रशासनिक उचित प्रक्रिया सुनवाई के लिए एक औपचारिक अनुरोध दाखिल कर रहा हूं। |
| मैं समझता हूं कि असहमति के समाधान के संबंध में उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम के तहत मेरे पास कुछ बाल और पारिवारिक अधिकार हैं। मुझे बाल और परिवार अधिकारों के उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम नोटिस की एक प्रति प्राप्त हुई है। मुझे शिशु-बच्चा कार्यक्रम के तहत अपने अधिकारों के बारे में सूचित किया गया है और मैं समझता हूं। |
|  |       |  |       |  |
|  | *माता - पिता का दस्तखत* |  | *तारीख* |  |
|  |
| 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  |       |  |
|  |  |  |  |  |