|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

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

***خطاب إنهاء الاستعانة بخدمات الوالد البديل***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم الطفل: | | |  | | | | | | تاريخ الميلاد: | | |  |  |
| التاريخ: | |  | | | | |  | | | | | | |
| السيد/السيدة: | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| لكم وافر الشكر على مشاركتكم كأحد الوالدين البدلاء في برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية لـ: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| علماً بأن مشاركتكم في لعب هذا الدور قد ساعدت البرنامج على ضمان توفير خدمات التدخل المبكر اللازمة والمتاحة. ونخطركم علماً بأنه قد تم إنهاء الاستعانة بخدماتكم كوالد بديل للأسباب التالية: | | | | | | | | | | | | | |
|  | اختيارك في التخلي عن لعب هذا الدور وتحمل مسؤوليته. | | | | | | | | | | | | |
|  | إشارتك بعدم استمرار قدرتك على بذل الوصاية والرعاية للطفل بشكل فعال. | | | | | | | | | | | | |
|  | لم تعد تستوفي المعايير المحددة لاتخاذ دور الوالد البديل، أو | | | | | | | | | | | | |
|  | وقعت تغيرات بحالة الطفل بحيث لم يعد الوالد البديل مطلوبًا. | | | | | | | | | | | | |
|  | أخرى | | |  | | | | | | | | | |
| ينتهي دوركم كوالد بديل بدءً من تاريخ: | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| في حالة وجود أي أسئلة أو استفسارات بشأن هذا القرار، لا تتردوا في الاتصال بمكتبنا. نشكركم مجدداً على وقتكم المبذول ودعمكم الفعال. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| مع وافر الشكر والتقدير، | | | | | | | | | | | **معلومات الاتصال بوكالة (CDSA):** | | |
| مدير إدارة /ممثل وكالة (CDSA): | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | |  | |  |  | | |
| (Print or Type Name) | | | | | | | |  | |  |  | | |
|  | | | | | | | |  | |  |  | | |
| Signature | | | | | | | |  | |  |  | | |