|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

***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 |  |  |  |