|  |
| --- |
|  |

***उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम***

***सरोगेट माता-पिता समाप्ति पत्र***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| बच्चे का नाम: | | | |  | | | | | | जन्म की तारीख: | | |  |  |
| तारीख: | |  | | | | |  | | | | | | | |
| माननीय महोदय/महोदया | | | | |  | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम सरोगेट माता-पिता के रूप में आपकी भागीदारी के लिए धन्यवाद: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| आपकी भागीदारी ने शिशु-बच्चा कार्यक्रम को यह सुनिश्चित करने में सहायता की है कि सभी आवश्यक और उपलब्ध प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएं प्रदान की गई हैं। सरोगेट माता-पिता के रूप में आपको जारी रखने की आवश्यकता अब मौजूद नहीं है क्योंकि: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | आपने इस जिम्मेदारी को छोड़ने का फैसला किया है। | | | | | | | | | | | | | |
|  | आपने संकेत दिया है कि अब आप बच्चे के लिए प्रभावी रूप से वकालत करने में सक्षम नहीं हैं। | | | | | | | | | | | | | |
|  | आप अब सरोगेट माता-पिता होने के लिए स्थापित मानदंडों को पूरा नहीं करते हैं, या | | | | | | | | | | | | | |
|  | बच्चे की परिस्थितियाँ ऐसी बदल गई हैं कि सरोगेट माता-पिता की अब आवश्यकता नहीं है। | | | | | | | | | | | | | |
|  | अन्य | |  | | | | | | | | | | | |
| इस बच्चे के लिए सरोगेट माता-पिता के रूप में आपकी भूमिका प्रभावी होगी | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| यदि इस निर्णय के संबंध में आपके कोई प्रश्न हैं तो कृपया बेझिझक हमारे कार्यालय से संपर्क करें।  दोबारा, अपना समय और समर्थन देने के लिए धन्यवाद। | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| शुद्धता से | | | | | | | | | | | | **CDSA के लिए संपर्क जानकारी:** | | |
| बच्चों की विकासात्मक सेवा एजेंसी (CDSA) के निदेशक या मनोनीत: | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | |  |  | | |
| (Print or Type Name) | | | | | | | | |  | |  |  | | |
|  | | | | | | | | |  | |  |  | | |
| Signature | | | | | | | | |  | |  |  | | |