|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *北卡罗来纳州婴幼儿计划* | | | | |  |
| *拒绝早期干预服务* | | | | | |
| **儿童姓名：** |  |  | **出生日期：** |  | |

（请填写适用部分）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| **拒绝加入北卡罗来纳州婴幼儿计划** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | 本人了解，本人的孩子有资格参加北卡罗来纳州婴幼儿计划，并有权获得个别化家庭服务计划 (IFSP) 中规定的早期干预服务。本人拒绝此次加入 IFSP。本人了解，本人可能会重新考虑这个决定，且本人的孩子可能在三周岁生日之前再次收到该计划邀请。 | | | | |
|  |  | | | | |
|  | 本人已收到 IDEA 第三部分下本人的权利介绍副本，即《北卡罗来纳州婴幼儿计划儿童和家庭权利通知》。本人已被告知本人的权利，并表示了解。 | | | | |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  | 家长签名 |  | 日期 | |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **拒绝本次参与北卡罗来纳州婴幼儿计划及其所有服务** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | 本人了解，本人的孩子有资格接受“个别化家庭服务计划”(IFSP) 中列出的所有早期干预服务，该计划于     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（日期）制定或通过审查。本人拒绝让本人的孩子继续参加此次北卡罗来纳州婴幼儿计划，并通过其获得服务。本人了解，本人可能会重新考虑这个决定，且本人的孩子可能在三周岁生日之前再次收到该计划邀请。 | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  | |
|  | 本人已收到 IDEA 第三部分下本人的权利介绍副本，即《北卡罗来纳州婴幼儿计划儿童和家庭权利通知》。本人已被告知本人的权利，并表示了解。 | | | | | | |
|  |  | | |  |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  |
|  | 家长签名 | | |  | 日期 | |  |
|  |  |  |  | | |  |  |