|  |  |
| --- | --- |
| *Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte* |       |

*CARTA DE NOTIFICACIÓN A LOS PADRES BIOLÓGICOS*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del niño: |       | Fecha de nacimiento: |       |
| Fecha: |       |  |
| Estimado(a) Sr(a). |       |  |
| Mediante la presente carta le informamos que, en cumplimiento de las regulaciones estatales y federales, se ha nombrado un padre sustituto para       mientras participa en el *Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte*. Las regulaciones estatales y federales requieren un padre sustituto cuando no se puede identificar el padre, cuando los esfuerzos para localizar el padre no tengan éxito o cuando el custodio del niño está bajo el control del departamento de servicios sociales. |
| Un padre substituto es designado a proteger los derechos del niño bajo en el *Programa Infantes-* *Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte*. Un padre substituto tendrá la responsabilidad de representar el niño en asuntos del *Programa Infantes-* *Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte*, incluyendo, pero no limitado a:* Proporcionar permisos necesarios para la evaluación o la entrega de servicios y la autorización para divulgar información del niño;
* Las evaluaciones y valorizaciones, incluyendo su presencia y su contribución como sea apropiado;
* El desarrollo, la implementación y firma del Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP, por sus siglas en inglés) incluyendo las revisiones cada seis meses, reuniones anuales y en otras ocasiones en las que se realicen cambios;
* La prestación continua de servicios de intervención temprana; y
* Cualquier otro derecho establecido bajo el *Programa Infantes-* *Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte*.
 |
| Esperamos que todas las personas que participen en la vida del niño, trabajaran juntas de modo que los servicios de la intervención temprano sean los mejores. Sea tan amable de comunicarse conmigo si tiene alguna pregunta. Se puede comunicarse conmigo al      .  |
| Atentamente, | **Información de contacto para el CDSA:**      |
| Representante de la Agencia de Servicios para el Desarrollo Infantil |
|       |  |
| *(Print or Type Name)* |  |
|       |
| *Firma* |  |
|  |
| cc:  | ITP Record |  |       |  |
|  | DSS |  |       |  |
|  |       |  |       |  |