|  |  |
| --- | --- |
| **ﺑرﻧﺎﻣﺞ وﻻﯾﺔ كارولينا الشمالية ﻟﻸطﻔﺎل اﻟرﺿﻊ واﻷطﻔﺎل اﻟﺻﻐﺎر** |  |

***خطاب إخطار الوالدين البيولوجيين***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم الطفل: | |  | | | | | | | تاريخ الميلاد: |  |
|  | | | | | | | | | | |
| التاريخ: | | |  | | | | | |  | |
| عزيزي/عزيزتي | | |  | | | | | |  | |
| تهدف هذه الرسالة إلى إبلاغكم بأنه قد تم تعيين والد بديل للطفل أثناء مشاركته في برنامج ولاية كارولينا الشمالية للأطفال الرضع والأطفال الصغار. يُشترط وجود والد بديل بموجب اللوائح الحكومية والفيدرالية في المواقف التي لا يمكن فيها تحديد هوية أحد الوالدين، أو عندما تفشل الجهود المبذولة لتحديد مكان أحد الوالدين، أو عندما يكون الطفل تحت الحضانة القانونية لإدارة الخدمات الاجتماعية. | | | | | | | | | | |
| يتم تعيين الوالد البديل لحماية حقوق الطفل بموجب برنامج الأطفال الرضع والأطفال الصغار.  سيتحمل الوالد البديل مسؤوليات تمثيل الطفل المذكور أعلاه في جميع مسائل برنامج الأطفال الرضع والأطفال الصغار، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:   * تقديم جميع الموافقات اللازمة مثل الموافقة على التقييم أو تقديم الخدمات والتصريح بالإفصاح عن المعلومات؛ * التقييمات والتقديرات، بما في ذلك التواجد والمساهمة حسب الاقتضاء؛ * تطوير وتنفيذ وتوقيع خطة الخدمة العائلية الفردية (بما في ذلك المراجعات والاجتماعات السنوية)؛ * الاستمرار في توفير خدمات التدخل المبكر؛ و * أي حقوق أخرى منصوص عليها في برنامج ولاية كارولينا الشمالية للأطفال الرضع والأطفال الصغار. | | | | | | | | | | |
| نأمل أن يتعاون جميع الأطراف المعنية بحياة طفلكم لضمان تقديم أنسب خدمات التدخل المبكر. لا تتردد في الاتصال بي إذا كان لديك أي أسئلة أخرى. يمكن الوصول إليّ على الرقم      . | | | | | | | | | | |
| مع خالص التقدير، | | | | | | | | **معلومات الاتصال الخاصة بـ CDSA:** | | |
| ممثل وكالة خدمات تنمية الأطفال (CDSA): | | | | | | | |
|  | | | | | |  | |
| *(الاسم بخط واضح أو مطبوع)* | | | | | |  | |
|  | | | | | |
| *التوقيع* | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | |
| نسخة إلى: | سجل ITP | | |  |  | |  | | | |
|  | DSS | | |  |  | |  | | | |
|  |  | | |  |  | |  | | | |