|  |  |
| --- | --- |
| *北卡罗来纳州婴幼儿计划* |  |

*亲生父母通知函*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名： | | |  | | | | | | 出生日期： |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 日期： | |  | | | | | | |  | |
| 尊敬的 | |  | | | | | | |  | |
| 这封信是为了通知您，在参加北卡罗来纳州婴幼儿计划期间，其被指定了代理家长。根据州和联邦法规，在无法确定父母、寻找父母失败，或者在孩子处于社会服务部合法监护的情况下，需指定代理父母。 | | | | | | | | | | |
| 婴幼儿计划会指定一位代理家长来保护孩子的权利。 代理家长有责任在所有婴幼儿计划事项中代表上述孩子，包括但不限于：   * 提供所有必要的同意，例如评估或服务交付的同意以及信息发布的授权； * 评价和评估，包括出席并酌情做出贡献； * 个别化家庭服务计划的制定、实施和签署（包括审核、年会等）； * 持续提供早期干预服务；以及 * 北卡罗来纳州婴幼儿计划规定的任何其他权利。 | | | | | | | | | | |
| 我们希望所有与孩子的生活相关的人共同努力，以提供最适当的早期干预服务。如果您有任何进一步的问题，请随时联系我。我的电话号码：     。 | | | | | | | | | | |
| 此致， | | | | | | | | | **CDSA 联系信息：** | | |
| 儿童发展服务机构 (CDSA) 代表： | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |
| *(Print or Type Name)* | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |
| *Signature* | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | |
| cc: | ITP Record | | |  |  | |  | | | |
|  | DSS | | |  |  | |  | | | |
|  |  | | |  |  | |  | | | |