|  |  |
| --- | --- |
| **ﺑرﻧﺎﻣﺞ وﻻﯾﺔ كارولينا الشمالية ﻟﻸطﻔﺎل اﻟرﺿﻊ واﻷطﻔﺎل اﻟﺻﻐﺎر** |       |
| ***تراجع خدمات التدخل المبكر*** |
| **اسم الطفل:** |       |  | **تاريخ الميلاد:** |       |

(أكمل القسم المنطبق)

|  |
| --- |
|  |
| **رفض التسجيل في برنامج رعاية الأطفال الرضع والأطفال الصغار في ولاية كارولينا الشمالية** |
|  |
| [ ]  | أتفهم أن طفلي مؤهل لبرنامج الرضع والأطفال الصغار في ولاية كارولينا الشمالية، ولديه الحق في الحصول على خدمات التدخل المبكر كما هو موضح في خطة الخدمة العائلية الفردية (IFSP). أرفض المضي قدمًا في تطوير خطة الخدمة العائلية الفردية (IFSP) في هذا الوقت. أتفهم أنني قد أعيد النظر في هذا القرار، وأن طفلي يمكن إحالته مرة أخرى إلى البرنامج قبل عيد ميلاده الثالث. |
|  |  |
| [ ]  | لقد تلقيت نسخة من حقوقي بموجب الجزء ج من IDEA، إشعار حقوق الطفل والأسرة لبرنامج الأطفال الرضع والأطفال الصغار في ولاية كارولينا الشمالية. لقد تم شرح حقوقي لي وأنا أفهمها. |
|  |  |  |  |  |
|  |       |  |       |  |
|  | توقيع الوالدين |  | التاريخ |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **رفض جميع الخدمات وإلغاء التسجيل في برنامج رعاية الأطفال الرضع والأطفال الصغار في ولاية كارولينا الشمالية** |
|  |
| [ ]  | أفهم أن طفلي مؤهل لتلقي جميع خدمات التدخل المبكر المدرجة في خطة الخدمة العائلية الفردية (IFSP) التي تم تطويرها أو مراجعتها في     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (التاريخ). أرفض استمرار تسجيل طفلي وتلقي الخدمات من خلال برنامج الأطفال الرضع والأطفال الصغار في ولاية كارولينا الشمالية في هذا الوقت. أتفهم أنني قد أعيد النظر في هذا القرار، وأن طفلي يمكن إحالته مرة أخرى إلى البرنامج قبل عيد ميلاده الثالث. |
|  |  |  |  |  |
| [ ]  | لقد تلقيت نسخة من حقوقي بموجب الجزء ج من IDEA، إشعار حقوق الطفل والأسرة لبرنامج الأطفال الرضع والأطفال الصغار في ولاية كارولينا الشمالية. لقد تم شرح حقوقي لي وأنا أفهمها. |
|  |  |  |  |  |
|  |       |  |       |  |
|  | توقيع الوالدين |  | التاريخ |  |
|  |  |  |  |  |  |