|  |  |
| --- | --- |
| **एनसी शिशु-बच्चा कार्यक्रम** |       |
| **प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं में गिरावट** |  |
| बच्चे का नाम |       |  | **जन्म की तारीख** |       |

(पूरा लागू अनुभाग)

|  |
| --- |
|  |
| ***प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं में गिरावट एनसी शिशु-बच्चा कार्यक्रम* *में***  |
|  |
| [ ]  | मैं समझता हूं कि मेरा बच्चा उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम के लिए योग्य है, उसके पास प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार है, जैसा कि व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना (IFSP) में उल्लिखित है। मैं इस समय (IFSP) का विकास जारी रखने से इंकार करता हूँ। मैं समझता हूं कि मैं इस निर्णय पर पुनर्विचार कर सकता हूं और यह कि मेरे बच्चे को उसके तीसरे जन्मदिन से पहले कार्यक्रम में फिर से भेजा जा सकता है। |
|  |  |
| [ ]  | मुझे विकलांग व्यक्ति शिक्षा अधिनियम (IDEA) के भाग सी के तहत अपने अधिकारों की एक प्रति प्राप्त हुई है, उत्तरी कैरोलिना शिशु और बच्चा कार्यक्रम के बाल और परिवार अधिकारों की सूचना। मेरे अधिकारों को समझाया गया है और मैं उन्हें समझता हूं। |
|  |  |  |  |  |
|  |       |  |       |  |
|  | माता-पिता के हस्ताक्षर |  | तारीख |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| पंजीकरण रद्द करें और बाहर निकलें एनसी शिशु-बच्चा कार्यक्रम से  |
|  |
| [ ]  | मैं समझता/समझती हूं कि मेरा बच्चा. (तारीख) को विकसित या संशोधित व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना (IFSP) में शामिल सभी प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं को प्राप्त करने के लिए पात्र है। मैं अपने बच्चे को मना करता हूंइस समय नॉर्थ कैरोलिना यंग चिल्ड्रन प्रोग्राम के माध्यम से नामांकन करना और सेवाएं प्राप्त करना जारी रखें।मैं समझता हूं कि मैं इस निर्णय पर पुनर्विचार कर सकता हूं और यह कि मेरे बच्चे को उसके तीसरे जन्मदिन से पहले कार्यक्रम में फिर से भेजा जा सकता है। |
|  |  |  |  |  |
| [ ]  | मुझे विकलांग व्यक्ति शिक्षा अधिनियम (IDEA) के भाग सी के तहत अपने अधिकारों की एक प्रति प्राप्त हुई है, उत्तरी कैरोलिना शिशु और बच्चा कार्यक्रम के बाल और परिवार अधिकारों की सूचना। मेरे अधिकारों को समझाया गया है और मैं उन्हें समझता हूं। |
|  |  |  |  |  |
|  |       |  |       |  |
|  | माता-पिता के हस्ताक्षर |  | तारीख |  |
|  |  |  |  |  |  |