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

***调解和/或行政相关程序听证解决协议***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名： |       | 出生日期： |       |
| 申诉接收日期： |       |  | 申诉解决协议签署日期： |       |
| 儿童发展服务机构 (CDSA) 名称： |       |
| 相关方（列出姓名/名称和角色） |
|       |  |       |
|       |  |       |
|       |  |       |
|       |  |       |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 家长申诉摘要       |
|  |  |  |
| 协议条款       |
|  |  |  |
| 未解决的问题       |
|  |  |  |
| 对北卡罗来纳州婴幼儿计划的建议       |
|  |
| 解决方法（请勾选所有适用项）： |
| [ ]  协商 [ ]  调解 [ ]  行政相关程序听证会 |
| 签名： |
|       |  |       |
| *家长* |  | *儿童发展服务机构代表* |
|       |  |       |
| *涉及申诉的婴幼儿计划提供方机构/代表* |  | *调解员/听证官（如适用）* |
|       |  |       |
| *早期干预科代表* |  | *其他（请具体说明）* |
| **将本协议原件交给家长，副本交给所有其他相关方。**  |

*北卡罗来纳州婴幼儿计划*

***调解和/或行政相关程序听证解决协议***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名： |       | 出生日期： |       |
| 决议实施日期： |       |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 为确保协议的执行而提供的后续措施       |
|  |  |  |
| 协议执行结果       |