|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ﺑرﻧﺎﻣﺞ وﻻﯾﺔ كارولينا الشمالية ﻟﻸطﻔﺎل اﻟرﺿﻊ واﻷطﻔﺎل اﻟﺻﻐﺎر*** | | | | | | | | | | |  | |
| ***دعوة اجتماع*** | | | | | | | | | | | | |
| اسم الطفل: | |  | | | | |  |  | يُطلب من برنامج ولاية كارولينا الشمالية للأطفال الرضع والأطفال الصغار (NC ITP) إجراء ترتيبات الاجتماع مع الأسرة والمشاركين الآخرين، وتقديم **إشعار كتابي** إليهم في وقت مبكر بما فيه الكفاية قبل تاريخ اجتماع خطة الخدمة العائلية الفردية (IFSP) حتى تتمكن الأسرة والمقدمون من المشاركة. | | | |
| تاريخ الميلاد: | | |  | | | |  |  |  | | | |
|  | | | | | | |  |  |  | | | |
| عزيزي/عزيزتي      ،  أود تأكيد تاريخ اجتماع فريق خطة الخدمة العائلية الفردية (IFSP) الذي تم مناقشته مسبقًا لطفلك. لقد تم تحديد موعد الاجتماع بما يتناسب مع عائلتك. | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  |  |  | | | | | |  |
| *التاريخ* | | |  | *الوقت* |  | *الموقع / العنوان* | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |  |
| **نوع الاجتماع (حدد كل ما ينطبق):** | | | | | | | | | | | | |
|  | اجتماع لوضع خطة الخدمة الأسرية الفردية الأولية | | | | | | | | | | | |
|  | اجتماع لمراجعة أو تعديل خطة الخدمة الأسرية الفردية | | | | | | | | | | | |
|  | اجتماع سنوي لتقييم خطة الخدمة الأسرية الفردية | | | | | | | | | | | |
|  | اجتماع تخطيط الانتقال لإضافة خطة الانتقال إلى خطة الخدمة الأسرية الفردية لطفلك | | | | | | | | | | | |
|  | مؤتمر تخطيط الانتقال لمراجعة خطة الانتقال  (أدرج تاريخ الأهلية لبرنامج NC ITP): | | | | | | | | | اللغة الأساسية: | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ***خطة الخدمة العائلية الفردية (IFSP)***  خطة الخدمة العائلية الفردية (IFSP) هي خطة عائلتك المكتوبة لتوفير خدمات التدخل المبكر لك ولطفلك. تصف كيف ستعمل أنت وفريق التدخل المبكر الخاص بك معًا لتلبية الاحتياجات المحددة لطفلك وعائلتك. يعتبر الوالدان جزءًا حيويًا من فريق خطة الخدمة العائلية الفردية وعملية صنع القرار. يجب إكمال اجتماع خطة الخدمة العائلية الفردية الأولي في غضون 45 يومًا تقويميًا من وقت إحالة طفلك إلى برنامج NC ITP، ما لم تقم بتمديد هذا الجدول الزمني لتلبية احتياجات عائلتك. يجب مراجعة خطة الخدمة العائلية الفردية مرة واحدة على الأقل كل ستة أشهر، ويجب عقد اجتماع سنوي لتقييم خطة الخدمة العائلية الفردية وتعديلها حسب الضرورة. | |
| ***تخطيط الانتقال***  عندما يتراوح عمر طفلك بين سنتين وثلاثة أشهر وسنتين وتسعة أشهر، سيتم تحديد مواعيد اجتماعات لمناقشة وتخطيط عملية الانتقال. بموافقتك، سيقوم منسق الخدمة الخاص بك بعقد اجتماع معك ومع ممثلين من نظام المدارس المحلية. قد يتم دعوة وكالات مجتمعية أخرى أيضًا، بموافقتك. | |
| لقد منحت موافقتك على دعوة الأشخاص التاليين أو إبلاغهم بالاجتماع، وسيتلقون نسخة من هذا الإشعار. سيقدم أعضاء فريق IFSP المعلومات اللازمة لتطوير أو مراجعة IFSP. قد لا يكونون حاضرين بالفعل في الاجتماع، ولكن قد يقدمون معلومات مكتوبة أو شفهية. سيتم مشاركة كل هذه المعلومات معك في الاجتماع. يمكنك دعوة أي شخص ترغب في مشاركته في الاجتماع. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الاسم** | | **الوكالة** | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| يرجى الاتصال بي إذا كان لديك أي أسئلة حول المعلومات المذكورة أعلاه. | | | | | | | |
| مع خالص التقدير، | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| *منسق خدمات التدخل المبكر* |  | | *رقم التليفون* | | | | |
|  | | | |  | Parents received a copy of this notice: | | |
|  | | | |  | Hand Delivered | | |
|  | | | |  | Mailed  Electronically sent - email/DocuSign/etc. | | |
|  | | | |  | Date: |  |  |
|  | | | |  |  | |  |