|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***မြောက်ကာရိုလိုင်းနား မွေးကင်းစ-လမ်းလျှောက်တတ်စကလေး အစီအစဉ်*** | | | | | | | | | | | |  | |
| ***အစည်းအဝေးဖိတ်ကြားခြင်း*** | | | | | | | | | | | | | |
| ကလေးအမည်- | | | |  | | | |  |  | NC *မွေးကင်းစ-*လမ်းလျှောက်တတ်စကလေး *အစီအစဉ်* (NC ITP) သည် အစည်းအဝေး အစီအစဉ်များပြုလုပ်ရန် လိုအပ် နေပြီး မိသားစုနှင့် ပံ့ပိုးပေးသူများ ပါဝင်တက်ရော က် နိုင်ရန်အတွက် တစ်ဦးချင်း မိသားစုဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ် (IFSP) အစည်းအဝေးကျင်းပမည့် ရက်စွဲမတိုင်မီ လုံလောက် အောင်ကြိုတင်၍ မိသားစုများနှင့်အခြားတက်ရော က် မည့်သူများကို **စာဖြင့် အကြောင်းကြားစာ** ပေးပါသည်။ | | | | |
| မွေးသက္ကရာဇ်- | |  | | | | | |  |  |  | | | | |
|  | | | | | | | |  |  |  | | | | |
| လေးစားရပါသော      ၊  သင့်ကလေးအတွက် ယခင်က ဆွေးနွေးခဲ့သော IFSP အဖွဲ့အစည်းအဝေးရက်စွဲကို ကျွန်ုပ်တို့ အတည်ပြုလိုပါသည်။  အစည်းအဝေးကို သင့်မိသားစုအတွက် အဆင်ပြေသည့် အချိန်တွင် စီစဉ်ထားပါသည်။ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  |  |  | | | | | |  | |
| *ရက်စွဲ* | | |  | | *အချိန်* |  | *တည်နေရာ / လိပ်စာ* | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |
| **အစည်းအဝေး အမျိုးအစား (သက်ဆိုင်သည့် အရာအားလုံးကို အမှန်ခြစ်ပါ)-** | | | | | | | | | | | | | |
|  | ကနဦး တစ်ဦးချင်း မိသားစုဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်ကို ရေးဆွဲရန် အစည်းအဝေး | | | | | | | | | | | | |
|  | တစ်ဦးချင်း မိသားစုဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်ကို ပြန်လည်ပြင်ဆင်ရန် သို့မဟုတ် ပြန်လည်သုံးသပ်ရန် အစည်းအ‌ဝေး | | | | | | | | | | | | |
|  | တစ်ဦးချင်း မိသားစုဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်ကို အကဲဖြတ်ရန် နှစ်ပတ်လည်အစည်းအဝေး | | | | | | | | | | | | |
|  | သင့်ကလေး၏ တစ်ဦးချင်း မိသားစုဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်တွင် အသွင်ကူးပြောင်ရေးအစီအစဉ်ကို ထပ်ထည့်ရန် အသွင်ကူးပြောင်းရေး စီမံချက် အစည်းအဝေး | | | | | | | | | | | | |
|  | အသွင်ကူးပြောင်း‌ရေးအစီအစဉ်ကို ပြန်လည်သုံးသပ်ရန် အသွင်ကူးပြောင်း‌ ရေးစီမံချက် ညှိနှိုင်းဆွေးနွေးပွဲ  (NC ITP အတွက် သတ်မှတ်ချက် ပြည့်မီသော ရက်စွဲကို ဖော်ပြပါ)- | | | | | | | | | | မူလဘာသာစကား– | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ***တစ်ဦးချင်း မိသားစုဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ် (IFSP)***  IFSP သည် သင်နှင့် သင့်ကလေးကို အစောပိုင်းကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများပေးခြင်းအတွက် သင့်မိသားစု၏ ရေးသားထားသော အစီအစဉ်ဖြစ်သည်။ ၎င်းတွင် သင့်ကလေးနှင့် မိသားစုအတွက် ဖော်ထုတ်ထားသော လိုအပ်ချက်များကို ဖြေရှင်းရန် သင်နှင့် သင့်အစောပိုင်းကြားဝင်ဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့က မည်သို့အတူတကွလုပ်ဆောင်မည်ကို ဖော်ပြသည်။ မိဘများသည် IFSP အဖွဲ့နှင့် ဆုံးဖြတ်ချက် ချမှတ်ခြင်း လုပ်ငန်းစဉ်၏ အရေးကြီးသော အစိတ်အပိုင်းတစ်ခု ဖြစ်သည်။ သင့်မိသားစု၏လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းပေးရန် သင်က ဤအချိန်ကို ထပ်တိုးမပေးထားပါက ကနဦး IFSP အစည်းအဝေးတစ်ခုကို သင့်ကလေးကို NC ITP သို့ လွှဲပြောင်းပေးသည့်အချိန်မှစ၍ ပြက္ခဒိန်ရက် 45 ရက်အတွင်း ပြီးစီးအောင်ဆောင်ရွက်ရမည်။ IFSP ကို အနည်းဆုံး ခြောက်လတစ်ကြိမ် ပြန်လည်သုံးသပ်ရမည်ဖြစ်ပြီး IFSP ကို အကဲဖြတ်ရန်နှင့် လိုအပ်သလိုပြင်ဆင်ရန် နှစ်ပတ်လည်အစည်းအဝေးတစ်ခုကို ကျင်းပရပါမည်။ | |
| ***အသွင်ကူးပြောင်းရေး စီမံချက်***  သင့်ကလေးသည် နှစ်နှစ်၊ သုံးလနှင့် နှစ်နှစ်၊ ကိုးလကြားအရွယ်ရှိသောအခါ ကူးပြောင်းမှုလုပ်ငန်းစဉ်ကို ဆွေးနွေးရန်နှင့် စီစဉ်ရန် အစည်းအဝေးများကို စီစဉ်ပါမည်။ သင့်ခွင့်ပြုချက်ဖြင့် သင့်ဝန်ဆောင်မှုညှိနှိုင်းရေးမှူးသည် သင်နှင့် ဒေသခံကျောင်းစနစ်မှ ကိုယ်စားလှယ်များနှင့်အတူ အစည်းအဝေးတစ်ခု ကျင်းပပါမည်။ အခြားအသိုင်းအဝိုင်းအေဂျင်စီများကိုလည်း သင့်သဘောတူညီမှုဖြင့် ဖိတ်ခေါ်နိုင်သည်။ | |
| အောက်ပါလူများကို အစည်းအဝေးသို့ ဖိတ်ခေါ်ရန် သို့မဟုတ် အစည်းအ‌ဝေးအကြောင်း အသိပေးရန် သင်ကသဘောတူထားပြီး ၎င်းတို့က ဤအသိပေးစာတစ်စောင်ကို ရရှိပါမည်။ IFSP အဖွဲ့ဝင်များက IFSP ရေးဆွဲရန် သို့မဟုတ် ပြန်လည်သုံးသပ်ရန် အချက်အလက်များ ပံ့ပိုးပေးပါမည်။ ၎င်းတို့သည် အစည်းအဝေးတွင် အမှန်တကယ် တက်‌ရောက်ချင်မှ တက်ရောက်နိုင်မည် ဖြစ်သော်လည်း စာဖြင့်‌ရေးသားထားသော သို့မဟုတ် နှုတ်ဖြင့်ပြောကြားထားသော အချက်အလက်များကို ပံ့ပိုးပေးနိုင်ပါသည်။ ဤသတင်းအချက်အလက်အားလုံးကို အစည်းအဝေးတွင် သင်နှင့်မျှဝေပါလိမ့်မည်။ အစည်းအဝေးတွင်သင်ပါဝင်စေလိုသော မည်သူ့ကိုမဆို ဖိတ်ကြားနိုင်ပါသည်။ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **အမည်** | | **အေဂျင်စီ** | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| အထက်ပါအချက်အလက်များနှင့် ပတ်သက်၍ မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါက ကျွန်ုပ်ထံ ဖုန်းခေါ်ဆိုပေးပါ။ | | | | | | | |
| စိတ်ရင်းမှန်ဖြင့်၊ | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| *အစောပိုင်း ကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှု ညှိနှိုင်းရေးမှူး* |  | | *ဖုန်းနံပါတ်* | | | | |
|  | | | |  | Parents received a copy of this notice: | | |
|  | | | |  | Hand Delivered | | |
|  | | | |  | Mailed  Electronically sent - email/DocuSign/etc. | | |
|  | | | |  | Date: |  |  |
|  | | | |  |  | |  |