|  |  |
| --- | --- |
| ***노스캐롤라이나 영유아 프로그램*** |  |
| ***회의 초대*** |
| 아이의 이름: |       |  |  | 노스캐롤라이나 영유아 프로그램 (NC ITP)은 회의를 위해 필요합니다. 만남 을 주선 하다 와 함께, 서면 으로 제공 통지 \_ \_ 가족 \_ \_ 그리고 다른 참가자 일찍 충분한 전에 개별화 가족 서비스 플랜 (IFSP) 회의 가족과 서비스 제공자가 참여할 수 있도록 날짜를 정하십시오. |
| 생일: |       |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ~에게     ,자녀를 위해 이전에 논의한 IFSP 팀 회의 또는 전환 계획 회의 날짜를 확인하고 싶습니다 . 회의는 가족의 편의에 따라 예약되었습니다. |
|       |  |       |  |       |  |
| *날짜* |  | *시간* |  | *위치/주소* |  |
|  |  |
| **회의 유형:** |
| **[ ]**  | 초기 개별화된 가족 서비스 계획을 개발하기 위한 회의 |
| **[ ]**  | 개별화 가족 서비스 계획을 수정 또는 검토하기 위한 회의 |
| **[ ]**  | 개별화된 가족 서비스 계획을 평가하기 위한 연례 회의 |
| **[ ]**  | 전환 계획을 자녀의 개별화 가족 서비스 계획에 추가(또는 검토)하기 위한 회의 |
| **[ ]**  | 전환 계획 회의(NC ITP 로 회부된 날짜) |       | 기본 언어: |       |
|  |  |
| ***개별화 가족 서비스 플랜 (IFSP)***IFSP 는 귀하와 귀하의 자녀에게 조기 개입 서비스를 제공하기 위한 가족의 서면 계획입니다. 귀하와 귀하의 조기 개입 팀이 귀하의 자녀와 가족을 위해 확인된 필요 사항을 해결하기 위해 협력하는 방법을 설명합니다. 부모는 IFSP 팀과 의사 결정 과정 에서 중요한 부분입니다 . 초기IFSP 회의는 귀하가 가족의 필요를 충족시키기 위해 이 일정을 연장하지 않는 한 귀하 의 자녀가 NC ITP 로 추천된 시점으로부터 역일 기준 45일 이내에 완료되어야 합니다. IFSP 는 최소 6개월마다 검토해야 하며 연례 회의를 열어 IFSP 를 평가 하고 필요에 따라 수정해야 합니다. |
| ***전환 계획***귀하의 자녀가 2세, 3개월 및 2세 사이인 경우 전환 과정을 논의하고 계획하기 위한 9개월 회의 일정이 잡힙니다. 귀하의 승인 하에 귀하의 서비스 코디네이터는 귀하 및 지역 학교 시스템의 대표자들과 회의를 소집할 것입니다. 다른 지역 사회 기관도 귀하의 동의 하에 초대될 수 있습니다. |
| 귀하는 다음 사람들이 회의에 초대되거나 회의에 대한 정보를 받는 데 동의했으며 그들은 이 통지문의 사본을 받게 됩니다. IFSP 팀 구성원은 IFSP 개발 또는 검토를 위한 정보를 제공합니다 . 그들은 회의에 실제로 참석하지 않을 수도 있지만 서면 또는 구두 정보를 제공할 수 있습니다. 이 모든 정보는 회의에서 귀하와 공유됩니다. 회의에 참여하고 싶은 사람을 초대할 수 있습니다. |
| **이름** | **대행사** |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
| 위 내용에 대해 궁금한 사항이 있으시면 전화주세요. |
| 진심 으로 , |
|       |  |       |
| *조기 개입 서비스 코디네이터* |  | *전화 번호* |
| **FOR LEA USE** |  | Parents received a copy of this notice: |
| [ ] 학부모는 현재 유아원 프로그램의 서비스를 받는 데 관심이 없습니다.      Parent is not interested in pursuing services from the Preschool Program at this time. |  | [ ]  Hand Delivered |
|  |  | [ ]  Mailed |
| 날짜: |       |  |       |  |  | Date: |       |  |
|  |  |  | 학부모 서명 |  |  |  |  |