|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***نارتھ کیرولیناانفینٹ-ٹوڈلر پروگرام*** | | | | | | | | | | | |  | |
| ***ملاقات کی دعوت*** | | | | | | | | | | | | | |
| بچے کا نام: | | | |  | | | |  |  | NC انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام (NC ITP) کے لیے ضروری ہے کہ وہ میٹنگ کا انتظام کرے اور فیملی اور دیگر شرکت کنندگان کو انفرادی فیملی سروس پلان (IFSP) کی میٹنگ کی تاریخ سے قبل **تحریری نوٹس** فراہم کرے تاکہ خاندان اور فراہم کنندگان شرکت کر سکیں۔ | | | | |
| تاریخ پیدائش: | |  | | | | | |  |  |  | | | | |
|  | | | | | | | |  |  |  | | | | |
| عزیز      ،  میں IFSP ٹیم میٹنگ کی تاریخ کی تصدیق کرنا چاہوں گا جس پر پہلے آپ کے بچے کے لیے تبادلہ خیال کیا گیا تھا۔  ملاقات آپ کے اہل خانہ کی سہولت کے مطابق طے کی گئی ہے۔ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  |  |  | | | | | |  | |
| *تاریخ* | | |  | | *وقت* |  | *مقام/پتہ* | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |
| **میٹنگ کی قسم (ان سب کو چیک کریں جو لاگو ہوں):** | | | | | | | | | | | | | |
|  | ابتدائی انفرادی فیملی سروس پلان تیار کرنے کے لیے میٹنگ | | | | | | | | | | | | |
|  | انفرادی فیملی سروس پلان پر نظر ثانی یا جائزہ لینے کے لیے میٹنگ | | | | | | | | | | | | |
|  | انفرادی فیملی سروس پلان کا جائزہ لینے کے لیے سالانہ میٹنگ | | | | | | | | | | | | |
|  | آپ کے بچے کے انفرادی خاندانی خدمت کے منصوبے میں منتقلی کے منصوبے کو شامل کرنے کے لیے منتقلی کی منصوبہ بندی کی میٹنگ | | | | | | | | | | | | |
|  | منتقلی کے منصوبے کا جائزہ لینے کے لیے ایک منتقلی کے منصوبہ سے متعلق کانفرنس  (NC ITP کے لیے اہلیت کی تاریخ درج کریں): | | | | | | | | | | بنیادی زبان: | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ***انفرادی کنبہ جاتی خدمت کا منصوبہ (IFSP)***  IFSP آپ اور آپ کے بچے کو ابتدائی مداخلت کی سروسز کی فراہمی کے لیے آپ کے خاندان کا تحریری منصوبہ ہے۔ اس میں وضاحت کی گئی ہے کہ آپ اور آپ کی ابتدائی مداخلت کی ٹیم آپ کے بچے اور خاندان کے لیے شناخت شدہ ضروریات کو پورا کرنے کے لیے کس طرح مل کر کام کرے گی۔ والدین IFSP ٹیم اور فیصلہ سازی کے عمل کا ایک اہم حصہ ہیں۔ ایک ابتدائی IFSP میٹنگ آپ کے بچے کو NC ITP کے حوالے کیے جانے کے 45 کیلنڈر دنوں کے اندر مکمل کر لینی چاہیے، جب تک کہ آپ اپنے خاندان کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے اس پیمانہ وقت میں توسیع نہ کریں۔ IFSP کا کم از کم ہر چھ ماہ بعد جائزہ لیا جانا چاہیے اور IFSP کا جائزہ لینے اور ضرورت کے مطابق نظر ثانی کرنے کے لیے ایک سالانہ میٹنگ ضرور ہونی چاہیے۔ | |
| ***منتقلی کی منصوبہ بندی***  جب آپ کے بچے کی عمر دو سال، تین ماہ اور دو سال کے درمیان ہو گی، تو منتقلی کے عمل پر تبادلہ خیال اور منصوبہ بندی کرنے کے لیے نو ماہ کی میٹنگ طے کی جائیں گی۔ آپ کی منظوری کے ساتھ، آپ کا سروس کوآرڈینیٹر آپ اور مقامی اسکولی نظام کے نمائندوں کے ساتھ ایک میٹنگ بلائے گا۔ آپ کی رضامندی سے دیگر کمیونٹی ایجنسیوں کو بھی مدعو کیا جا سکتا ہے۔ | |
| آپ نے درج ذیل لوگوں کو میٹنگ میں مدعو کیے جانے یا اس کے بارے میں مطلع کرنے کے لیے رضامندی دی ہے اور انہیں اس نوٹس کی ایک کاپی موصول ہوگی۔ IFSP ٹیم کے اراکین IFSP کی پیشرفت یا جائزہ لینے کے لیے معلومات فراہم کریں گے۔ ہو سکتا ہے وہ درحقیقت میٹنگ میں موجود نہ ہوں، لیکن تحریری یا زبانی معلومات فراہم کر سکتے ہیں۔ یہ تمام معلومات میٹنگ میں آپ کے ساتھ شیئر کی جائیں گی۔ آپ جس کسی کو چاہیں، اُس میٹنگ میں شرکت کی دعوت دے سکتے ہیں۔ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام** | | **ایجنسی** | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| اگر آپ کو مندرجہ بالا معلومات کے بارے میں کوئی سوال ہے تو براہ کرم مجھے کال کریں۔ | | | | | | | |
| مخلص، | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| *ابتدائی مداخلتی سروس کوآرڈینیٹر* |  | | *فون نمبر* | | | | |
|  | | | |  | Parents received a copy of this notice: | | |
|  | | | |  | Hand Delivered | | |
|  | | | |  | Mailed  Electronically sent - email/DocuSign/etc. | | |
|  | | | |  | Date: |  |  |
|  | | | |  |  | |  |