|  |
| --- |
|  |

*ﺑرﻧﺎﻣﺞ ولاية كارولينا الشمالية ﻟﻸطﻔﺎل اﻟرﺿﻊ واﻷطﻔﺎل اﻟﺻﻐﺎر*

*إشعار كتابي مسبق*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم الطفل: | | | | Child's Name | | تاريخ الميلاد: | | | | Child's DOB | |  | | | | | | |
| تاريخ الإشعار: | | | | Date of Notice | |  | | | | | | | | | | | | |
| عزيزي/عزيزتي | | | Parent/Guardian Name، | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **يجب تقديم إشعار كتابي مسبق إلى الوالدين قبل أن يقترح برنامج وﻻﯾﺔ كارولينا الشمالية ﻟﻸطﻔﺎل اﻟرﺿﻊ واﻷطﻔﺎل اﻟﺻﻐﺎر (NC ITP) أو يرفض البدء في أو تغيير التعريف أو التقييم أو وضع طفلك، أو توفير خدمات التدخل المبكر لطفلك وعائلة طفلك. يجب تقديم إشعار كتابي مسبق إلى الوالدين قبل عشرة (10) أيام تقويمية من اتخاذ الإجراء، ما لم يوافق الوالد على أن الإجراء قد يتم قبل عشرة (10) أيام تقويمية.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الإجراء (الإجراءات) المقترح أو المرفوض:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | طفلك مؤهل لبرنامج NC ITP | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | طفلك غير مؤهل لبرنامج NC ITP | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | سيتم إخراج طفلك من برنامج NC ITP قبل سن الثالثة. سيتم إنهاء جميع الخدمات المدرجة في خطة IFSP. | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | غير ذلك (وصف الإجراء مطلوب فقط إذا تم تحديد "غير ذلك") | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| الإجراء المقترح أو المرفوض: Action being proposed or refused | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **أسباب اقتراح الإجراء (الإجراءات) أعلاه** أو رفضه، بما في ذلك وصف المعلومات المستخدمة لاتخاذ هذا القرار (على سبيل المثال، معلومات مقابلة الوالدين، وإجراءات التقييم/التقدير، والتقارير، والسجلات) Reason for above action | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| يرجى الاتصال بي إذا كان لديك أي أسئلة حول المعلومات المذكورة أعلاه. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اسم EISC: | | EISC Name | | | رقم الهاتف: | | | | | | EISC Phone Number | | | | |  | | |
| اسم CDSA: | | CDSA Name | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
| **إشعار الوالدين بشأن حقوق الطفل والأسرة والضمانات الإجرائية:** سيتم تزويدك بنسخة ***من وثيقة إشعار حقوق الطفل والأسرة لبرنامج ولاية كارولينا الشمالية للأطفال الرضع والأطفال الصغار***، كما تتم مراجعة الحقوق والضمانات الإجرائية ذات الصلة وشرحها كمرافق لجميع نماذج الإشعار الكتابي المسبق. تتضمن هذه المعلومات جميع الضمانات الإجرائية المتاحة، بما في ذلك وصف الوساطة والإجراءات القانونية الواجبة وإجراءات الشكاوى الحكومية والجداول الزمنية لهذه الإجراءات. | | | | | | |  | **For CDSA Use** (check and complete all that apply): | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  |  | Notice mailed on | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  |  | Notice hand-delivered on | | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | |  |  | Parent agreed on | | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | |  |  | to have the proposed action(s) occur sooner and not wait the ten (10) day prior notice time. | | | | | | | |  | |