|  |
| --- |
|  |

***برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية***

***إشعار كتابي مسبق***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم الطفل: | | |  | | | | تاريخ الميلاد: | |  | |  | | |
| تاريخ الإشعار: | | |  | | | |  | | | | | | |
| السيد/السيدة: | | , | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **يجب تقديم إشعار كتابي مسبق إلى أولياء الأمور قبل اقتراح برنامج (NC ITP) أو رفضه لبدء توفير خدمات التدخل المبكر لطفلك وعائلتك أو تغييرها. يجب تقديم إشعار كتابي مسبق إلى الوالدين قبل عشرة (10) أيام تقويمية من اتخاذ الإجراء، ما لم يوافق الوالد على أن الإجراء قد يتم في وقت أقرب من عشرة (10) أيام تقويمية.** | | | | | | | | | | | | | |
| **الإجراءات المقترحة أو المرفوضة:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | طفلك مؤهل للانضمام لبرنامج NC ITP | | | | | | | | |  | | |  |
|  | طفلك غير مؤهل للانضمام لبرنامج NC ITP | | | | | | | | | | | |  |
|  | طفلك سيغادر برنامج NC ITP قبل إتمامه لسن ثلاثة سنوات. ستنتهي كافة الخدمات المدرجة على قائمة خطة IFSP. | | | | | | | | | | | |  |
|  | أخرى *(وصف الإجراء مطلوب فقط إذا تم تحديد "أخرى")* | | | | | | | | | | | |  |
| الإجراءات المقترحة أو المرفوضة: | | | | | | | | | | | | | |
| **أسباب اقتراح أو رفض الإجراء أعلاه**، بما في ذلك وصف المعلومات المستخدمة لاتخاذ هذا القرار (على سبيل المثال، معلومات مقابلة الوالدين، وإجراءات التقييم /التقدير، والتقارير، والسجلات) | | | | | | | | | | | | | |
| في حالة وجود أسئلة أو استفسارات، يرجى التواصل معي على المعلومات الموضحة أعلاه. | | | | | | | | | | | | | |
| منسق (EISC): | | | |  | | رقم الهاتف: | |  | | | |  | |
| اسم ممثل (CDSA): | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | |  | |  | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **إشعار الوالدين بحقوق الطفل والأسرة والضمانات الإجرائية:** يتم تقديم نسخة من ***إشعار حقوق الطفل والأسرة لبرنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية*** إليكم ويتم مراجعة الحقوق ذات الصلة والضمانات الإجرائية وشرحها كمرافقة لجميع نماذج الإشعار الكتابي المسبق. تتضمن هذه المعلومات جميع الضمانات الإجرائية المتاحة، بما في ذلك وصف إجراءات الشكوى والجداول الزمنية لتلك 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. | | |