|  |
| --- |
|       |

***طلب ولي أمر برنامج الأطفال الرضع والأطفال الصغار في
 ولاية كارولينا الشمالية للوساطة و/أو الإجراءات الإدارية الواجبة***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **اسم الطفل:** |  | **تاريخ الميلاد:** |  |
| عنوان الطفل:  |       |
|  |       |
| اسم الوالد: |       |
| عنوان الوالد: |       |
|  |       |
| هاتف الوالد: |       | أفضل وقت للاتصال: |       |
|  |       |  |       |
|  |  |
|  |
| اسم الوكالة التي تم تقديم الشكوى ضدها: |       |
| اسم الشخص الذي تم تقديم الشكوى ضده (إن وجد): |       |
| العنوان: |       |
| الهاتف: |       |  |
|  |
| الرجاء تقديم بيان بالوقائع يصف طبيعة الشكوى. (يمكنكم إرفاق صفحة إضافية إذا لزم الأمر). |
|       |
| أفهم أنه من خلال استكمال هذا النموذج وإرساله إلى برنامج ولاية كارولينا الشمالية للأطفال الرضع والأطفال الصغار على العنوان أدناه، فإنني أقدم طلبًا رسميًا للوساطة و/أو جلسة استماع إدارية قانونية. |
| أفهم أن لدي حقوقًا معينة للطفل والأسرة بموجب برنامج ولاية كارولينا الشمالية للأطفال الرضع والأطفال الصغار فيما يتعلق بحل الخلافات. لقد تلقيت نسخة من *إشعار حقوق الطفل والأسرة الخاص ببرنامج ولاية كارولينا الشمالية للأطفال الرضع والأطفال الصغار.* لقد تم إعلامي وفهمت حقوقي بموجب برنامج الأطفال الرضع والأطفال الصغار.  |
|  |       |  |       |  |
|  | *توقيع الوالدين* |  | *التاريخ* |  |
|  |
| Early Intervention Section Part C DirectorDivision of Child and Family Well-Being1916 Mail Service CenterRaleigh, NC 27699-1916 |  | **For Office Use Only** |  |  |  |
|  |  | [ ]  Date received by CDSA  |       | [ ]  N/A  |  |
|  |  | [ ]  Date received by Early Intervention Section Central Office  |       |  |
|  |  |  |  |  |