|  |
| --- |
|  |

***برنامه نوزادان - اطفال نوپای کارولینای شمالی  
درخواست ولی (مادر/پدر) برای میانجیگری و/یا روند قانونی اداری***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام طفل:** | | |  | | | | | | | | | | | **تاریخ تولد:** | | |  | | | | |
| آدرس طفل: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام ولی: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آدرس ولی: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تیلفون ولی: | | | |  | | | | | | بهترین وقت برای تماس: | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام اداره که از او شکایت می شود: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام شخصی که از او شکایت می شود (در صورت وجود): | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| آدرس: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تیلفون: | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| لطفاً شرحی از حقایق که ماهیت شکایت را توصیف می‌کند، ارائه نمائید. (در صورت لزوم می‌توانید یک صفحه اضافی ضمیمه کنید.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| من می دانم که با تکمیل و ارسال این فورم به برنامه نوزادان و اطفال نوپای کارولینای شمالی به آدرس ذیل، درخواست رسمی برای میانجیگری و/یا جلسه رسیدگی اداری ارائه می‌دهم. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| من می دانم که طبق برنامه اطفال نوپای کارولینای شمالی، در رابطه با حل اختلافات، از حقوق طفل و خانواده خاصی برخوردار هستم. من یک کاپی از اطلاعیه حقوق طفل و خانواده برنامه نوزادان و اطفال نوپای کارولینای شمالی را دریافت کرده‌ام. من از حقوق خود تحت برنامه نوزاد-طفل نوپا مطلع شده‌ام و آنها را درک می‌کنم. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |  |  | | | | | |  | | |
|  | *امضای ولی* | | | | | | | | | | |  | *تاریخ* | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Early Intervention Section Part C Director  Division of Child and Family Well-Being  1916 Mail Service Center  Raleigh, NC 27699-1916 | | | | | | |  | **For Office Use Only** | | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | |  | Date received by CDSA | | | |  | | | | | N/A | | | |  |
|  | | | | | | |  | Date received by Early Intervention Section Central Office | | | | | | | | | | |  | |  |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | | | |  | | | |  |