|  |
| --- |
|       |

***ﺑرﻧﺎﻣﺞ وﻻﯾﺔ كارولينا الشمالية ﻟﻸطﻔﺎل اﻟرﺿﻊ واﻷطﻔﺎل اﻟﺻﻐﺎر***

|  |  |
| --- | --- |
| التاريخ  |       |
|  |
|       |
|       |
|       |
|  |
| عزيزي/عزيزتي  |      ، |
|  |
| تمت إحالة طفلكم،       تاريخ الميلاد:     ، مؤخرًا إلى       من قبل      . |
|  |
| [ ]  | لم أتمكن من الوصول إليكم لمناقشة إحالة      . لقد حاولت الاتصال بكم ولكن لم أتلق أي رد منكم. رقم الهاتف الذي لديكم هو:      . عنوان البريد الإلكتروني الذي لديكم هو:      . |
| **- أو -**  |
| [ ]  | تحدثنا مؤخرًا بخصوص إحالة       إلى برنامجنا، وقد أشرتم إلى عدم اهتمامكم بالخدمات في الوقت الحالي.  |
|  |
| مرفق مع هذا الخطاب *إشعار بحقوق الطفل والأسرة*. يقدم هذا الإشعار معلومات حول حقوقكم فيما يتعلق بكيفية ضمان       سرية المعلومات التعريفية الشخصية لطفلكم، والسجلات التي تم جمعها، أو الاحتفاظ بها، أو استخدامها من قبل      . تُحفظ معلومات إحالة طفلكم بسرية تامة لدى      .  |
|  |
| في المستقبل، إذا كانت لديكم أي أسئلة أو استفسارات بخصوص نمو طفلكم، يرجى الاتصال بـ      .  |
|  |
| مع خالص التقدير، |
|  |  |  |
|      ، منسق خدمات التدخل المبكر |  |  |
| الهاتف:       | البريد الإلكتروني:       |

نسخة إلى: مصدر الإحالة