|  |
| --- |
|  |

**उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम**

**सरोगेट अभिभावक नियुक्ति पत्र**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| बच्चे का नाम: | |  | | | | | जन्म की तारीख: |  |
| तारीख: |  | | |  | | | | |
| माननीय महोदय/महोदया | | |  |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
| उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम सरोगेट माता-पिता के रूप में आपकी भागीदारी के लिए धन्यवाद।  यह पत्र शिशु-बच्चा कार्यक्रम के तहत इस भूमिका में आपकी नियुक्ति की पुष्टि करता है।  एक सरोगेट माता-पिता के रूप में, आप सभी शिशु-बच्चा कार्यक्रम से संबंधित मामलों में उपरोक्त नामित बच्चे का प्रतिनिधित्व करेंगे: | | | | | | | | |
| * सभी आवश्यक सहमति प्रदान करना जैसे मूल्यांकन या सेवा वितरण के लिए सहमति और सूचना जारी करने के लिए प्राधिकरण; * मूल्यांकन और आकलन, जिसमें उपस्थित होना और उपयुक्त के रूप में योगदान करना शामिल है; * व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना का विकास, कार्यान्वयन और हस्ताक्षर (समीक्षाओं, वार्षिक बैठकों सहित); * शीघ्र हस्तक्षेप सेवाओं का चालू प्रावधान; और * एनसी शिशु-बच्चा कार्यक्रम के तहत स्थापित कोई अन्य अधिकार। | | | | | | | | |
| एक सरोगेट माता-पिता को शिशु-बच्चा कार्यक्रम द्वारा परिभाषित माता-पिता माना जाता है और शिशु-बच्चा कार्यक्रम के तहत माता-पिता और उनके बच्चों को दिए गए सभी अधिकारों का वहन किया जाता है।  आपके पास बच्चे के रिकॉर्ड और अन्य लिखित जानकारी तक वैसी ही पहुंच होगी, जैसी किसी माता-पिता की होती है। शिशु-बच्चा कार्यक्रम के तहत बच्चे के अधिकारों की रक्षा के लिए एक सरोगेट माता-पिता को विशेष रूप से नियुक्त किया जाता है, लेकिन इन अधिकारों की रक्षा में बच्चे की ओर से की गई कार्रवाई के लिए कानूनी रूप से उत्तरदायी नहीं है।  सरोगेट माता-पिता की भूमिका के लिए आपको बच्चे की देखभाल, रखरखाव या वित्तीय सहायता के लिए ज़िम्मेदार होने की आवश्यकता नहीं है। सरोगेट माता-पिता के रूप में, आपके पास शिशु-बच्चा कार्यक्रम के बाहर बच्चे की ओर से कार्य करने का अधिकार नहीं है। यदि आप इस उत्तरदायित्व को स्वीकार करने के लिए सहमत हैं, तो कृपया हस्ताक्षर करें और इस पत्र की एक प्रति नीचे दिए गए पते पर लौटा दें। | | | | | | | | |
| शुद्धता से | | | | | | | | **CDSA के लिए संपर्क जानकारी:** | |
| बच्चों की विकासात्मक सेवा एजेंसी (CDSA) **के** निदेशक या मनोनीत: | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  |  | |
| (Print or Type Name) | | | | | |  |  |  | |
|  | | | | | | |  |  | |
| Signature | | | | | | |  |  | |
|  | | | | | | |  |  | |
| मैं इस भूमिका को सरोगेट माता-पिता के रूप में स्वीकार करने के लिए सहमत हूं। | | | | | | |  | |
|  | | | | |  |  | | |
| सरोगेट माता-पिता के हस्ताक्षर | | | | |  | तारीख | | |