|  |
| --- |
|       |

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

***خطاب إنهاء خدمة ولي الأمر البديل***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم الطفل: |       | تاريخ الميلاد: |       |  |
| التاريخ: |       |  |
| عزيزي/عزيزتي |       |  |
|  |
| نشكركم على مشاركتكم كولي أمر بديل لبرنامج كارولينا الشمالية للرضع والأطفال الصغار من أجل:  |
|       |  |
|  |
| لقد ساعدت مشاركتكم برنامج الرضع والأطفال الصغار في ضمان تقديم جميع خدمات التدخل المبكر اللازمة والمتاحة. لم تعد هناك حاجة لاستمراركم كولي أمر بديل للأسباب التالية: |
| [ ]  | لقد اخترتم التنازل عن هذه المسؤولية. |
| [ ]  | لقد أشرتم إلى أنكم لم تعودوا قادرين على الدفاع بفاعلية عن الطفل. |
| [ ]  | لم تعودوا مؤهلين بموجب المعايير المعمول بها لتكونوا وليًا أمر بديلًا، أو |
| [ ]  | تغيرت ظروف الطفل بحيث لم يعد هناك حاجة لولي أمر بديل. |
| [ ]  | أسباب أخرى |       |
| سينتهي دوركم كولي أمر بديل لهذا الطفل اعتبارًا من تاريخ  |       |
|  |
| لا تترددوا في الاتصال بمكتبنا إذا كانت لديكم أي أسئلة بخصوص هذا القرار. مرة أخرى، نشكركم على وقتكم ودعمكم. |
|  |
| مع خالص التقدير، | **معلومات الاتصال الخاصة بـ CDSA:**      |
| مدير وكالة خدمات التنمية للأطفال (CDSA) أو من ينوب عنه: |  |
|       |  |  |  |
| (Print or Type Name) |  |  |  |
|       |  |  |  |
| Signature |  |  |  |