|  |
| --- |
|  |

***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 | | | | | | | | |  | |  |  | | |