|  |
| --- |
|  |

***برنامه نوزادان - اطفال نوپای کارولینای شمالی***

***نامه فسخ قرارداد ولی جایگزین***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام طفل: | | |  | | | | | | | تاریخ تولد: | | | |  |  |
| تاریخ: | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| محترم/محترمه | | | | |  | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| از مشارکت شما به عنوان ولی جایگزین برنامه نوزادان و اطفال نوپای کارولینای شمالی برای فرد ذیل تشکری می کنیم. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| مشارکت شما به برنامه نوزادان و اطفال نوپا کمک کرده است تا اطمینان حاصل شود که تمام خدمات مداخله زودهنگام مورد نیاز و موجود ارائه شده است. دیگر نیازی به ادامه‌ی نقش شما به عنوان ولی جایگزین وجود ندارد، زیرا: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | شما تصمیم گرفته‌اید که از این مسئولیت کناره‌گیری کنید. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | شما اعلام کرده‌اید که دیگر قادر به حمایت مؤثر از طفل نیستید. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | شما دیگر معیارهای تعیین شده برای ولی جایگزین بودن را ندارید، یا | | | | | | | | | | | | | | |
|  | شرایط کودک به گونه‌ای تغییر کرده است که دیگر نیازی به ولی جایگزین نیست. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | دیگر | | |  | | | | | | | | | | | |
| نقش شما به عنوان ولی جایگزین برای این کودک از این پس لازم‌الاجرا خواهد بود. | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| در صورت داشتن هرگونه سوال در مورد این تصمیم، لطفاً با دفتر ما تماس بگیرید. باز هم، از وقتی که گذاشتید و حمایتتان متشکرم. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| با احترام، | | | | | | | | | | | | **معلومات تماس CDSA:** | | | |
| مدیر یا نماینده اداره خدمات رشد اطفال (CDSA): | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | | |  |  | | | |
| (Print or Type Name) | | | | | |  | | | | |  |  | | | |
|  | | | | | |  | | | | |  |  | | | |
| Signature | | | | | |  | | | | |  |  | | | |