|  |
| --- |
|       |

***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  |  |  |  |