|  |
| --- |
|       |

***उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम***

***सरोगेट माता-पिता समाप्ति 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: |
|       |  |
|  |
| आपकी भागीदारी ने शिशु-बच्चा कार्यक्रम को यह सुनिश्चित करने में सहायता की है कि सभी आवश्यक और उपलब्ध प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएं प्रदान की गई हैं। सरोगेट माता-पिता के रूप में आपको जारी रखने की आवश्यकता अब मौजूद नहीं है क्योंकि: |
| [ ]  | आपने इस जिम्मेदारी को छोड़ने का फैसला किया है। |
| [ ]  | आपने संकेत दिया है कि अब आप बच्चे के लिए प्रभावी रूप से वकालत करने में सक्षम नहीं हैं। |
| [ ]  | आप अब सरोगेट माता-पिता होने के लिए स्थापित मानदंडों को पूरा नहीं करते हैं, या |
| [ ]  | बच्चे की परिस्थितियाँ ऐसी बदल गई हैं कि सरोगेट माता-पिता की अब आवश्यकता नहीं है। |
| [ ]  | अन्य  |       |
| इस बच्चे के लिए सरोगेट माता-पिता के रूप में आपकी भूमिका प्रभावी होगी |       |
|  |
| यदि इस निर्णय के संबंध में आपके कोई प्रश्न हैं तो कृपया बेझिझक हमारे कार्यालय से संपर्क करें। दोबारा, अपना समय और समर्थन देने के लिए धन्यवाद। |
|  |
| शुद्धता से | **CDSA के लिए संपर्क जानकारी:**      |
| बच्चों की विकासात्मक सेवा एजेंसी (CDSA) के निदेशक या मनोनीत: |  |
|       |  |  |  |
| (Print or Type Name) |  |  |  |
|       |  |  |  |
| Signature  |  |  |  |