버지니아주
영유아 단체

수신: 가족
_____
주소
_____
시, 주 & 우편번호
_____
제목: 아동 이름
_____
ID 번호
_____

조기 개입 서비스 거부 ITCV-PS-6(R) 6/12

IFSP 팀이 추천하는 한 가지 이상의 조기 개입 서비스 거부

나는 우리 아이가 _____(날짜)에 시작하는 IFSP(Individualized Family Service Plan)에 실린 모든 서비스를 받을 자격이 됨을 알고 있습니다. 그러나 나는 우리 아니 또는 가족이 다음 서비스(들)를 받기를 원치 않습니다:

_____ _____

_____ _____

나는 우리 아이에게 제공되는 서비스의 내용과 이 서비스를 받으려면 서면 동의서를 제출해야 하는 것을 잘 알고 있습니다. 지금은 버지니아주 영유아 단체에서 제공하는 위 내용의 서비스를 받기로 선택하지 않았습니다. 내 생각이 바뀔 수도 있으며, 만약 그렇게 될 경우 본 양식에 적힌 번호로 제 서비스 조정관에게 연락하겠습니다. 또한 나는 이 서비스 거부로 버지니아주 영유아 단체 시스템을 통해 우리 아이 또는 가족이 받는 다른 조기 개입 서비스에 문제가 발생하지 않는다는 점도 알고 있습니다.

_____ _____
부모 서명 날짜

_____ _____
서비스 조정관 서명 날짜

버지니아주 영유아 단체 참가 거부

__나는 우리 아이가 버지니아주 영유아 단체를 통해서 서비스를 받을 수 있는지를 판단하기 위해 수혜 자격 결정 심사를 실시할 수 있음을 알고 있습니다. 나는 이번에 우리 아이 또는 가족이 수혜 자격 결정 심사를 받지 않기로 선택하였습니다.

–및/또는–

__나는 우리 아이가 Part C에 적격한 아이인 경우 우리 아이/가족을 위해 IFSP를 시작할 수 있음을 알고 있습니다. 나는 이번에 버지니아주 영유아 단체를 통해서 우리 아이 또는 가족을 위해 IFSP를 시작하지 않기로 하였습니다.

–및/또는–

__우리 아이는 버지니아주 영유아 단체 서비스를 받을 자격이 되며, IFSP에 표시된 조기 개입 서비스를 받을 권리가 있습니다. 나는 제공되는 서비스 내용과 내가 동의하지 않을 경우 우리 아이가 서비스를 받을 수 없음을 잘 알고 있습니다. 나는 지금은 우리 아이 또는 가족이 서비스를 받지 않기로 선택하였습니다.

내 생각이 바뀔 수도 있으며, 만약 그렇게 될 경우 본 양식에 적힌 번호로 제 서비스 조정관에게 연락하겠습니다.

_____ _____
부모 서명 날짜

_____ _____
서비스 조정관 서명 날짜

향후 문의사항이 있으면 _____(으)로 연락주십시오.
(전화번호).

첨부사항: 가족 부담 비용에 대한 사실(Facts About Family Cost Share)을 포함한 아동 및 가족 권리 보호 조항에 관한 통지

참고: 부모는 본 양식을 수령해야 합니다.

DMH 888E 1050 R6/12