



Infant & Toddler Connection of Virginia

GỬI: Gia đình

Địa chỉ

Thành phố, tiểu bang và mã bưu chính

VỀ VIỆC: Tên của Trẻ

Số nhận dạng

Từ chối các dịch vụ can thiệp sớm ITCV-PS-6(R) 6/12

Từ chối một hoặc nhiều dịch vụ can thiệp do Nhóm IFSP đề nghị

Tôi hiểu rằng con tôi hội đủ tiêu chuẩn nhận tất cả các dịch vụ ghi trong Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP) được thiết lập vào ngày _____. Tuy nhiên, tôi không muốn cho con tôi hoặc gia đình tôi nhận (các) dịch vụ sau đây:

Tôi hoàn toàn hiểu tính chất của (các) dịch vụ được cung cấp cho con tôi và tôi phải ký văn bản chấp thuận thì mới được cấp (các) dịch vụ này. Tôi không muốn nhận (các) dịch vụ nói trên từ Infant & Toddler Connection of Virginia vào thời điểm hiện tại. Tôi hiểu rằng tôi có thể đổi ý và, nếu như vậy, tôi sẽ gọi cho điều phối viên dịch vụ của tôi theo số điện thoại ghi trong biểu mẫu này. Tôi cũng hiểu rằng việc từ chối (các) dịch vụ này không làm phương hại tới bất kỳ dịch vụ can thiệp sớm nào khác mà con tôi hoặc gia đình tôi nhận được qua Hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia.

Chữ ký của Cha/Mẹ

Ngày

Chữ ký của Điều phối viên dịch vụ

Ngày

Từ chối tham gia Infant & Toddler Connection of Virginia

__Tôi hiểu rằng thủ tục xác định tính đủ tiêu chuẩn có thể được tiến hành để xác định xem con tôi có hội đủ tiêu chuẩn nhận các dịch vụ qua Infant & Toddler Connection of Virginia hay không. Tôi không muốn cho con tôi hoặc gia đình tôi làm thủ tục xác định tính đủ tiêu chuẩn vào thời điểm này.

–và/hoặc–

__Tôi hiểu rằng con tôi/gia đình tôi có thể được thiết lập một Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP) nếu con tôi hội đủ tiêu chuẩn nhận Phần C. Tôi không muốn cho thiết lập một bản IFSP cho con tôi hoặc gia đình tôi qua Infant & Toddler Connection of Virginia System vào thời điểm này.

–và/hoặc–

__Con tôi hội đủ tiêu chuẩn tham gia Infant & Toddler Connection of Virginia và có quyền có được các dịch vụ can thiệp sớm đã đề cập trong Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP). Tôi hiểu rõ tính chất của các dịch vụ được cung cấp và hiểu rằng con tôi sẽ không thể nhận các dịch vụ trừ khi có sự chấp thuận của tôi. Tôi không muốn cho con tôi hoặc gia đình tôi nhận dịch vụ vào thời điểm này.

Tôi hiểu rằng tôi có thể đổi ý và, nếu như vậy, tôi sẽ gọi cho điều phối viên dịch vụ của tôi theo số điện thoại ghi trong biểu mẫu này.

Chữ ký của Cha/Mẹ

Ngày

Chữ ký của Điều phối viên dịch vụ

Ngày

Nếu sau này quý vị có quan ngại gì, vui lòng gọi _____
(số điện thoại).

Tài liệu đính kèm: Thông báo về các Biện pháp bảo vệ và Quyền của Trẻ em và Gia đình, kể cả dữ kiện về Mức đồng thanh toán của gia đình

Lưu ý: Phụ huynh phải nhận bản sao của biểu mẫu này.

DMH 888E 1050 R6/12