



Infant & Toddler  
Connection of Virginia

안내 전화: 1 (800) 234-1448  
텍스트 전화: 1(804) 771-5877

Infant & Toddler Connection of [Local System]

[Address]

[Address]

[City], Virginia [Zip]

[Phone (000) 000-0000]

[날짜]

[대리부모 성명]

[주소]

[시/주/우편번호]

[대리부모 성명] 귀하:

귀하께서 버지니아주 영유아 단체에서 [아동 이름]의 위탁부모가 되어 주셔서 감사합니다. 귀하의 참여는 버지니아주 영유아 단체(Infant & Toddler Connection of Virginia)가 이 아동에게 필요한 모든 것과 가능한 조기 개입 서비스를 제공하고 장애인 교육법(IDEA) Part C의 규정에 따른 아동의 권리를 보호하는데 도움이 되었습니다. 귀하의 대리 부모 역할은 다음과 같은 이유로 더 이상 필요하지 않게 되었습니다.

- 귀하는 대리부모의 책임을 포기했습니다.
- 귀하는 위의 아동에 대해 더 이상 효과적으로 지원할 수 없음을 밝혔습니다.
- 귀하는 더 이상 대리부모에 대해 규정된 기준에 부합하지 않습니다.
- 아동의 환경이 바뀌어서 대리부모가 필요 없게 되었습니다.
- 기타: \_\_\_\_\_

이 아동에 대한 귀하의 대리부모 역할은 [날짜] 부로 종료됩니다.

이 결정에 대해 문의 사항이 있으시면 아래 전화번호를 이용하여 제게 연락해 주십시오. 시간을 내주시고 지원해 주시며 다시 한 번 감사 드립니다.

여기에 설명된 책임에 대한 변경 사항에 동의하시는 경우 이 서한에 서명하신 후 위의 주소로 보내 주십시오.

감사합니다.

[성명과 직책]

[주소 및 전화 번호]

나는 위탁부모로서의 역할 변경에 동의합니다.

대리부모 성명

날짜

전화번호

이메일 주소