



Infant & Toddler  
Connection of Virginia

Directorio Central: 1 (800) 234-1448  
TTY/TDD 1(804) 771-5877

Infant & Toddler Connection of [Local System]

[Address]

[Address]

[City], Virginia [Zip]

[Phone (000) 000-0000]

[Fecha]

[Nombre del/los padre(s) sustituto(s)]

[Dirección]

[Ciudad/Estado/Código postal]

Estimado(s) [Nombre del/los padre(s) sustituto(s)]:

Gracias por ser el padre sustituto de [Nombre del niño] en la Conexión de Virginia para Bebés. Su participación ha ayudado a la Conexión de Virginia para Bebés a garantizar que este niño haya recibido todos los servicios de intervención temprana necesarios y disponibles, y que sus derechos según la Parte C de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades [Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)] hayan sido protegidos. Ya no es necesario que usted continúe como su padre adoptivo porque:

- Usted ha elegido renunciar a esa responsabilidad.
- Usted ha indicado que ya no es capaz de abogar eficazmente por el niño.
- Usted ya no cumple con los criterios establecidos para padres sustitutos.
- Las circunstancias del niño han cambiado en forma tal que ya no es necesario un padre sustituto.
- Otro: \_\_\_\_\_

Su rol como padre sustituto para este niño finalizará el día [fecha].

Si tiene alguna pregunta sobre esta decisión, por favor contácteme en el número indicado más abajo. Nuevamente, muchas gracias por brindar su tiempo y apoyo.

Si acepta este cambio en su responsabilidad, por favor firme y devuelva una copia de esta carta a la dirección indicada arriba.

Atentamente,

[Nombre y cargo]

[Dirección y número de teléfono]

Acepto este cambio en mi función como padre sustituto.

Firma del padre sustituto

Fecha

Número de Teléfono

Correo electrónico

Surrogate Parent Termination