



Infant & Toddler
Connection of Virginia

Central Directory: 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]

[Ngày]

[Tên của Cha Mẹ Thay Thế]

[Địa chỉ]

[Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip]

Kính gửi [Tên của Cha Mẹ Thay Thế]:

Cám ơn quý vị đã đồng ý làm cha mẹ thay thế trong chương trình Infant & Toddler Connection of Virginia cho [Tên của Trẻ]. Việc tham gia của quý vị đã giúp Infant & Toddler Connection of Virginia đảm bảo rằng trẻ này nhận được mọi dịch vụ can thiệp sớm cần thiết và khả dụng và quyền lợi của trẻ theo Đạo Luật Giáo Dục Người Khuyết Tật (Disabilities Education Act, IDEA), Phần C được bảo vệ. Chúng tôi không còn cần quý vị tiếp tục làm cha mẹ thay thế nữa vì:

- Quý vị đã chọn chấm dứt trách nhiệm này.
- Quý vị cho biết rằng quý vị không còn có thể bảo vệ cho trẻ này một cách hiệu quả nữa.
- Quý vị không còn đáp ứng các tiêu chí theo quy định để làm cha mẹ thay thế nữa.
- Hoàn cảnh của trẻ đã thay đổi nên không còn cần cha mẹ thay thế nữa.
- Khác: _____

Vai trò cha mẹ thay thế của quý vị cho trẻ này sẽ kết thúc vào [ngày].

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về quyết định này, vui lòng liên hệ tôi qua số điện thoại ghi bên dưới. Một lần nữa, xin cảm ơn quý vị đã dành thời gian và ủng hộ.

Để xác nhận sự thay đổi trách nhiệm này, vui lòng ký tên và gửi lại một bản của thư này đến địa chỉ bên trên.

[Tên và Chức Vụ]

[Địa Chỉ và Số Điện Thoại]

Tôi xác nhận thay đổi này trong vai trò cha mẹ thay thế của tôi.

Chữ Ký của Cha Mẹ Thay Thế

Ngày