Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

ایک یا زیادہ ارلی انٹروینشن سروسز سے انکار کرنا

مقصد: ایک یا ایک سے زیادہ ارلی انٹروینشن سروسزسے انکار کیدستاویز بندی کرنے کے لیے، جس کی سفارش کی گئی ہے، از

بچے کا نام	تاریخ پیدائش	فیملی ریسورسز کو آرڈینیٹر

IFSP ٹیم۔

انکار کرنے کا اقرار

ایک یا ایک سے زیادہ ارلی انٹروینشن سروسز جو IFSP ٹیم کی جانب سے سفارش کی گئی ہیں

مجھے سمجھ ہے کہ میرا بچہ/بچی وہ تمام سروسز حاصل کرنے کے لیے اہل ہے جو انڈوجولائیزڈ فیملی سروس پلان (IFSP) میں بیان کی گئی ہیں، جس کو تیار کیا تھا______________________(تاریخ) تاہم، میں نہیں چاہتا/چاہتی کہ میرا بچہ/بچی یا میرا خاندان درج سروس (سروسز) حاصل کرے:

______________________ ______________________

______________________ ______________________

میرے بچے/بچی یا خاندان کو حاصل ہونے والی سروس (سروسز) کے بارے میں مجھے پوری سمجھ ہے اور یہکہ یہ سروس (سروسز) حاصل کرنے کے لیے مجھے تحریری رضامندی لازمی دینی ہو گی۔ اس وقت، میں ESIT پروگرام کی مندرجہ بالا سروس (سروسز) نہیں حاصل کرنا چاہتا/چاہتی۔ مجھے سمجھ ہے کہ میں اپنا فیصلہ تبدیل کر سکتا/سکتی ہوں اور اگر ایسا ہوا، تو میں اپنے فیملی ریسورسز کوآرڈینٹر سے رابطہ کروں گا/گی۔ مجھے یہبھی سمجھ ہے کہ اس سروس (سروسز) سے انکار کرنے پر، میرا بچہ/بچی یا خاندان ESIT پروگرام سے اگر دیگر کوئی ارلی انٹروینشن سروس (سروسز) حاصل کر رہا ہے، تو اس کو کوئی نقصان نہیں پہنچے گا.

____
والدین کا نام جلی حروف میں

______________________ ______________________
والدین کادستخط *تاریخ*

____
FRCکا نام جلی حروف میں

______________________ ______________________
فیملی ریسورسز کوآرڈینیٹر کا دستخط *تاریخ*