

# 한 가지 이상의 조기 치료 서비스 거절

목적: IFSP 팀에서 추천한 조기 치료 서비스들 중 한 가지 이상을 거절하기로 결정한 부모의 의사를 문서로

아동의 이름	생년월일	가족 자원 조정 담당관
--------	------	--------------

기록하는 것.

**IFSP 팀에서 추천한**

한 가지 이상의 조기 치료 서비스에 대한 거절 의사 인정

본인은 본인의 자녀가 \_\_\_\_\_ (날짜)에 수립된 개별화 가족 복지 제도(IFSP)에 서술된 모든 서비스를 받을 자격이 있다는 것을 알고 있습니다. 그러나 본인은 본인의 자녀나 가족이 다음 서비스(들)를 받지 않기를 원합니다.

_____	_____
_____	_____

본인은 본인의 자녀와 가족에게 제공되는 서비스(들)의 성격과 이 서비스(들)를 받기 위해서는 서면 동의를 해야 한다는 것을 잘 알고 있습니다. 본인은 지금 현재 ESIT 프로그램에서 제공하는 상기 서비스(들)를 받지 않기로 선택합니다. 본인은 생각이 바뀔 수 있고 그럴 경우 가족 자원 조정 담당관에게 연락하여 알리면 된다는 것을 알고 있습니다. 본인은 또한 이 서비스를 거절하더라도 본인의 자녀나 가족이 ESIT 프로그램을 통해 받고 있는 다른 모든 조기 치료 서비스(들)에는 아무 이상이 생기지 않는다는 것을 알고 있습니다.

_____	_____
부모의 이름(정자체)	
_____	_____
부모의 서명	날짜
_____	_____
FRC의 이름(정자체)	
_____	_____
가족 자원 조정 담당관의 서명	날짜