

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