

ການປະຕິເສດໜຶ່ງຢ່າງຂຶ້ນໄປ ການບໍລິການແຊກແຊງໃນເບື້ອງຕົ້ນ

ຈຸດປະສົງ: ເພື່ອບັນທຶກເອກະສານກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈຂອງພໍ່ແມ່ໃນການປະຕິເສດ ການບໍລິການແຊກແຊງ
 ໃນເບື້ອງຕົ້ນໜຶ່ງການບໍລິການຂຶ້ນໄປທີ່ຖືກແນະນຳໂດຍ

ຊື່ຂອງເດັກນ້ອຍ	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຜູ້ປະສານງານດ້ານຊັບພະຍາກອນຄອບຄົວ
----------------	----------------	---------------------------------

ທີມງານຂອງແຜນການ IFSP.

ການຮັບຮູ້ກ່ຽວກັບການປະຕິເສດ
 ການບໍລິການແຊກແຊງໃນເບື້ອງຕົ້ນໜຶ່ງການບໍລິການຂຶ້ນໄປທີ່ຖືກແນະນຳໂດຍທີມງານຂອງແຜນການ IFSP
 ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທິໄດ້ຮັບທຸກການບໍລິການທີ່ລະບຸໄວ້ໃນແຜນການບໍລິການສຳລັບຄອບຄົວທີ່ເປັນສ່ວນບຸກຄົນ (IFSP) ທີ່ໄດ້ຮັບການພັດທະນາຂຶ້ນເມື່ອ _____ (ວັນ
 ທີ່). ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການໃຫ້ລູກ ຫຼື ຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການບໍລິ
 ການຕໍ່ໄປນີ້:

ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ຢ່າງຄົບຖ້ວນກ່ຽວກັບລັກສະນະຂອງການບໍລິການທີ່ກຳລັງຖືກສະເໜີໃຫ້ສຳລັບລູກ
 ແລະ ຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ວ່າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໃຫ້ການອະນຸຍາດທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນເພື່ອໃຫ້
 ໄດ້ຮັບການບໍລິການນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເລືອກທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງຈາກໂຄງ
 ການ ESIT ໃນເວລານີ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດປ່ຽນແປງຄວາມຄິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ ຖ້າ
 ຫາກເປັນເງິນ ນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ປະສານງານດ້ານຊັບພະຍາກອນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າ
 ພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈວ່າການປະຕິເສດການບໍລິການນີ້ບໍ່ສົ່ງຜົນເສຍຫາຍຕໍ່ການບໍລິການແຊກແຊງ
 ໃນເບື້ອງຕົ້ນອື່ນໃດໆທີ່ລູກ ຫຼື ຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຜ່ານໂຄງການ ESIT.

_____	_____
ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ທີ່ເປັນຕົວພິມ	
_____	_____
ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່	ວັນທີ
_____	_____
ຊື່ຂອງ FRC ທີ່ເປັນຕົວພິມ	
_____	_____
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປະສານງານດ້ານຊັບພະຍາກອນຄອບຄົວ	ວັນທີ