

# Отказ от одной или нескольких услуг раннего вмешательства

**ЦЕЛЬ:** Документальное оформление решения родителя(-ей) об отказе от одной или нескольких услуг раннего вмешательства, рекомендованных

<b>ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА</b>	<b>ДАТА РОЖДЕНИЯ</b>	<b>КОординАТОР СЕМЕЙНЫХ РЕСУРСОВ</b>
------------------------------	----------------------	--------------------------------------

командой программы IFSP.

**ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОТКАЗЕ ОТ  
ОДНОЙ ИЛИ НЕСКОЛЬКИХ УСЛУГ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, РЕКОМЕНДОВАННЫХ КОМАНДОЙ ПРОГРАММЫ IFSP**

Я понимаю, что мой ребенок имеет право на получение всех услуг, указанных в Индивидуальном плане семейного обслуживания (ИПСО), разработанном \_\_\_\_\_ (дата). При этом, я не хочу, чтобы мой ребенок или моя семья получали следующие услуги:

_____	_____
_____	_____

Я полностью проинформирован(а) о характере услуг, которые предлагаются моему ребенку и моей семье, а также, что я должен(-на) дать письменное согласие на получение таких услуг. Я не даю разрешение на получение указанных выше услуг, предоставляемых программой ESIT. Я понимаю, что я могу изменить свое решение; в таком случае я обращусь к моему координатору семейных ресурсов. Я также понимаю, что отказ от услуг ни коим образом не скажется на получении моим ребенком или семьей других услуг посредством программы ESIT.

\_\_\_\_\_  
*Фамилия и имя родителя печатными буквами*

\_\_\_\_\_  
*Подпись родителя(-ей)*

\_\_\_\_\_  
*Фамилия и имя сотрудника FRC печатными буквами*

\_\_\_\_\_  
*Подпись Координатора семейных ресурсов*

\_\_\_\_\_  
*Дата*

\_\_\_\_\_  
*Дата*