



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Từ chối Tham gia Chương trình ESIT

MỤC ĐÍCH: Lưu hồ sơ quyết định từ chối tham gia chương trình ESIT của phụ huynh.

HỌ TÊN CỦA TRẺ	NGÀY SINH	ĐIỀU PHỐI VIÊN NGUỒN LỰC GIA ĐÌNH
-----------------------	------------------	--

XÁC NHẬN TỪ CHỐI THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH ESIT

- Tôi hiểu rằng con tôi có thể được đánh giá để xác định tình trạng đủ điều kiện tham gia chương trình ESIT.
-và/hoặc-
- Tôi hiểu rằng Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP) có thể được lập cho con tôi/gia đình tôi nếu con tôi đủ điều kiện tham gia Phần C.
-và/hoặc-
- Con tôi đủ điều kiện tham gia chương trình ESIT và có quyền tiếp nhận các dịch vụ can thiệp sớm được trình bày trong Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP). Tôi hoàn toàn hiểu rõ tính chất của các dịch vụ được đề xuất và con tôi và gia đình tôi sẽ không thể tiếp nhận các dịch vụ từ chương trình ESIT nếu tôi không đưa ra chấp thuận.

LƯU HỒ SƠ QUYẾT ĐỊNH CỦA PHỤ HUYNH

Tôi lựa chọn **không** cho con tôi hoặc gia đình tôi tiếp nhận đánh giá/IFSP/dịch vụ thông qua chương trình ESIT vào thời điểm hiện tại. Tôi hiểu rằng bản thân có thể thay đổi quyết định và trong trường hợp đó, tôi sẽ liên hệ Điều phối viên Nguồn lực Gia đình.

Họ tên của Phụ huynh (viết in)

Chữ ký của Phụ huynh

Họ tên của FRC (Điều phối viên Nguồn lực Gia đình) (viết in)

Chữ ký của Điều phối viên Nguồn lực Gia đình

Ngày

Ngày

Tôi cho phép chương trình ESIT liên hệ với tôi trong _____ tháng để kiểm tra tiến triển của con tôi.

Ký nháy của Phụ huynh