

Отказ от одной или нескольких услуг раннего вмешательства

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

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	КООРДИНАТОР СЕМЕЙНЫХ РЕСУРСОВ
------------------------------	----------------------	--------------------------------------

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