

# Từ chối Một hoặc Nhiều Dịch vụ Can thiệp sớm

**MỤC ĐÍCH:** Để lưu hồ sơ quyết định từ chối của (các) phụ huynh đối với một hoặc nhiều dịch vụ can thiệp sớm đề xuất bởi

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

Nhóm IFSP

## **XÁC NHẬN TỪ CHỐI MỘT HOẶC NHIỀU DỊCH VỤ CAN THIỆP SỚM DO NHÓM IFSP ĐỀ XUẤT**

Tôi hiểu rằng con tôi đủ điều kiện nhận tất cả dịch vụ được liệt kê trong Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP) được lập vào \_\_\_\_\_ (ngày). Tuy nhiên, tôi không mong muốn con tôi hoặc gia đình tôi tiếp nhận (các) dịch vụ sau đây:

_____	_____
_____	_____

Tôi hoàn toàn hiểu rõ tính chất của (các) dịch vụ được đề xuất cho con tôi và gia đình tôi và tôi phải gửi chấp thuận bằng văn bản để được tiếp nhận (các) dịch vụ này. Tôi lựa chọn không tiếp nhận (các) dịch vụ được đề cập ở trên từ 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. Tôi cũng hiểu rằng việc từ chối (các) dịch vụ này không ảnh hưởng đến bất kỳ dịch vụ can thiệp sớm nào khác mà con tôi hoặc gia đình tôi tiếp nhận thông qua chương trình ESIT.

\_\_\_\_\_  
*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*