



ESIT 프로그램

참여 거절

목적: ESIT 프로그램 참여를 거절하기로 결정한 부모의 의사를 문서로 기록하는 것.

| | | |
|--------|------|--------------|
| 아동의 이름 | 생년월일 | 가족 자원 조정 담당관 |
|--------|------|--------------|

ESIT 프로그램 참여 거절 인정

- 본인은 본인의 자녀가 ESIT 프로그램에 참여할 수 있는 자격이 있는지 결정하기 위한 평가를 받을 수 있다는 것을 알고 있습니다.
-및/또는-
- 본인은 본인의 자녀가 파트 C에 참여할 수 있는 자격이 된다면 본인 자녀/가족을 위한 개별화 가족 복지 제도(IFSP)가 수립될 수 있다는 것을 알고 있습니다.
-및/또는-
- 본인의 자녀는 ESIT 프로그램에 참여할 자격이 있으며 개별화 가족 복지 계획(IFSP)에 서술된 조기 치료 서비스를 받을 권리가 있습니다. 본인은 제공되는 서비스의 성격과 본인이 동의하지 않는 한 본인 자녀와 가족이 ESIT 프로그램의 서비스를 받을 없다는 것을 충분히 알고 있습니다.

부모가 결정한 의사를 문서화

본인은 지금 현재 ESIT 프로그램을 통한 평가/IFSP/서비스를 받지 **않기로** 선택합니다. 본인은 생각이 바뀔 수 있고 그럴 경우 가족 자원 조정 담당관에게 연락하여 알리면 된다는 것을 알고 있습니다.

부모의 이름(정자체)

부모의 서명

날짜

FRC의 이름(정자체)

가족 자원 조정 담당관의 서명

날짜

본인은 자녀의 발달 상태를 확인하기 위해 _____개월 후에 ESIT 프로그램에서 본인에게 연락을 취해오는 것을 허락합니다.

부모 이름의 이니셜