버지니아 주 영유아 단체

수신: 가족 _____

주소 _____

시, 주 & 우편번호 _____

제목: 아동 이름 _____

부모 사전 통지서 ITCV-PS-3(R) 6-12

날짜: _____

_____님께,

버지니아 주 영유아 단체는 귀 자녀의 신원확인, 평가(수혜 자격 결정), 또는 배치, 또는 귀 자녀나 가족에게 적절한 조기 개입 서비스 제공을 시작 또는 변경할 것을 제안 또는 거부하기 전 합당한 시간(5일) 내에 서면 사전 통지서를 귀하에게 제공해야 합니다. 본 통지서는 다음 사항을 통지합니다: (해당 사항 모두 표시)

_____ 귀 자녀는 버지니아주 영유아 단체 서비스 수혜 자격이 있습니다.

_____ 귀 자녀는 버지니아주 영유아 단체 서비스 수혜 자격이 없습니다.

- ☐ 귀 자녀는 버지니아 주의 수혜 자격 요건에 맞지 않습니다.
- ☐ 귀 자녀는 _____(날짜)에 세 살이 됩니다. 이 날부터 귀 자녀는 버지니아 주 영유아 단체를 통해서 조기 개입 서비스를 더 이상 받을 수 없습니다.
- ☐ 귀 자녀는 귀하 지역 학교 분과를 통해서 조기 아동 특수교육 서비스를 곧 받게 될 것입니다. Part B 서비스가 시작되는 날, 귀 자녀는 버지니아 주 영유아 단체를 통해서 조기 개입 서비스를 더 이상 받을 수 없습니다.

_____ 초기 개별 가족 서비스 계획(IFSP)을 개발하기 위한 회의가 필요합니다.

_____ 연례 개별화된 가족 서비스 계획(IFSP)을 개발하고 수혜 자격을 확인하기 위한 회의가 필요합니다.

_____ 개별화된 가족 서비스 계획(IFSP)을 개정 또는 검토하기 위한 회의가 필요합니다.

_____ 필수 전환 계획 회의가 필요합니다.

_____ 기타(자세히 표시) _____

본 결정에 사용된 정보 내용(다시 말해, 검사 도구 결과, 사정 절차, 보고, 기록 등)을 포함해 본 활동을 제안하거나 거부하는 사유:

본 통지서에는 가족 부담 비용에 대한 사실(Facts About Family Cost Share)을 포함한 아동 및 가족 권리 보호 조항에 관한 통지서 사본이 포함되어 있습니다. 본 정보에서 언급된 것처럼, 위에 제안되었거나 거부된 활동에 이견이 있는 경우 귀하는 중재 및/또는 공평한 청문회를 요청할 권리가 있습니다.

통지 ☐ 직접 제공 ☐ 우편으로 제공 _____(날짜):

감사합니다. _____(제공자)
이름/직함

부모 승인:
본인은 IDEA(가족 부담 비용에 대한 사실(Facts About Family Cost Share)을 포함한 아동 및 가족 권리 보호 조항에 관한 통지)의 Part C에 의거한 가족 권리 사본과 설명서를 받았고 이를 이해합니다.

_____ _____
부모 서명 날짜

☐ **본 통지서를 우편으로 수령한 경우 서명 후 위 라벨에 인쇄된 주소지로 보내주십시오.**

첨부사항: 가족 부담 비용에 대한 사실(Facts About Family Cost Share)을 포함한 아동 및 가족 권리 보호 조항에 관한 통지(해당될 경우)

주: 부모는 본 양식을 수령해야 합니다.

선택사항:

본인은 위 사항을 알고 있으며, 버지니아 주 영유아 단체의 이러한 활동이 5일의 사전 통지 시간표보다 앞서 실시될 수 있다는 데 동의합니다.

_____ _____
부모 이니셜 날짜