

# Отказ от участия в программе ESIT

ЦЕЛЬ: Документирование решение родителей об отказе от участия в программе ESIT .

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

## ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОТКАЗЕ ОТ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ESIT

- Я понимаю, что мой ребенок может пройти обследование/оценку состояния с целью определения наличия у него права на участие в программе ESIT.

-и/или-

- Я понимаю, что для моего ребенка/моей семьи может быть разработан Индивидуальный план семейного обслуживания (ИПСО), если мой ребенок имеет право на обслуживание по части Part C.

-и/или-

- Мой ребенок имеет право участия в программе ESIT, а также право на получение обслуживания раннего вмешательства, указанных в Индивидуальном плане семейного обслуживания (ИПСО). Я полностью осведомлен(а) о характере обслуживания, предлагаемого моему ребенку и моей семье, а также о том, что без моего разрешения мой ребенок и моя семья не смогут получать обслуживание по программе ESIT.

## ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ РЕШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Я **не** даю разрешения на прохождение/получение моим ребенком или моей семьей обслуживания/ИПСО/обслуживания в рамках программы ESIT. Я понимаю, что я могу изменить свое решение; в таком случае я обращусь к моему координатору семейных ресурсов.

\_\_\_\_\_  
*Фамилия и имя родителя печатными буквами*

\_\_\_\_\_  
*Подпись родителя(-ей)*

\_\_\_\_\_  
*Дата*

\_\_\_\_\_  
*Фамилия и имя сотрудника FRC печатными буквами*

\_\_\_\_\_  
*Подпись Координатора семейных ресурсов*

\_\_\_\_\_  
*Дата*

Я даю разрешение программе ESIT связаться со мной через \_\_\_\_\_ месяцев, чтобы проконтролировать развитие моего ребенка.

\_\_\_\_\_  
*Инициалы родителя(-ей)*