



**УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ/СОГЛАСИЕ**

ИМЯ РЕБЕНКА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ДАТА СОВЕРШЕНИЯ
-------------	---------------	-----------------

**ИНСТРУКЦИИ**

Перед осуществлением определенных действий необходимо предоставить предварительное письменное уведомление родителям детей, обучающихся по программе «First Steps», а также необходимо получить письменное согласие родителей.  
Отец/мать ребенка должен подписать данную форму, а также указать на ней дату подписания, а затем вернуть ее координатору программы. Контактная информация координатора программы указана ниже.

**Раздел 1: начальная оценка/экспертиза**

Предлагаемое действие	Причина для действия	Согласие	Отказ
Начальная оценка/экспертиза состояния ребенка		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Текущая экспертиза состояния ребенка		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Раздел 2: услуга(и) раннего вмешательства**

**Предлагаемое действие**

- Начало предоставления услуг(и) раннего вмешательства
- Прекращение услуг(и) по запросу группы IFSP
- Изменение услуг(и) раннего вмешательства

Тип услуги	Причина для действия	Согласие	Отказ
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**СОГЛАСИЕ**

Я полностью осведомлен(а) об услугах, доступных моему ребенку и семье.

Я понимаю, что перед осуществлением действия (действий), на которые я соглашаюсь, необходимо предоставить письменное согласие на получение их моим ребенком и семьей. Я также понимаю, что мой ребенок и семья не будут получать услуг, от которых я отказываюсь.

ПОДПИСЬ ОТЦА/МАТЕРИ	ДАТА ПОДПИСАНИЯ
---------------------	-----------------

РАСШИФРОВКА ПОДПИСИ ОТЦА/МАТЕРИ

**КОординатор программы**

ФАМИЛИЯ, ИМЯ И АДРЕС КОординатора	НОМЕР ТЕЛЕФОНА КОординатора
ПОДПИСЬ ПРЕдСТАВИТЕЛЯ УчРЕЖДЕНИЯ	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ В УчРЕЖДЕНИИ

- К настоящему уведомлению прилагается копия Декларации родительских прав.

В своих программах и деятельности Департамент начального и среднего образования не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, вероисповедания, пола, национального происхождения, возраста или инвалидности. Запросы в отношении программ Департамента и места предоставления услуг, проведения мероприятий и местонахождения объектов и сооружений, доступных для лиц с ограниченными возможностями, можно направлять по адресу Jefferson State Office Building, Office of the General Counsel, Coordinator – Civil Rights Compliance (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), 6th Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; телефон 573-526-4757 или TTY 800-735-2966; email [civilrights@dese.mo.gov](mailto:civilrights@dese.mo.gov).