Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уважаемый(-ая, -ые) *(parent[s] name[s)!*

В *(Программу EI/ECSE****)*** поступило направление от (*referral source)*в связи с обеспокоенностью или вопросами касательно развития (*child's first name)*. Мы хотели бы провести диагностику развития, чтобы лучше понять и идентифицировать проблемную сферу или сферы.

*(choose this option)*

󠇀 Дайте ответы на все вопросы в прилагаемом пакете документов для диагностики развития и отправьте его обратно в (*Программу EI/ECSE*) в конверте с предварительно оплаченным почтовым сбором до (*date*). Данная информация поможет нам получить представление о навыках Вашего ребенка. Вы можете не заполнять данный пакет и в любой момент потребовать проведения оценки развития для определения права на участие в программе раннего вмешательства для детей с задержкой развития.

После получения от Вас пакета документов специалист по вопросам развития ознакомится с информацией и свяжется с Вами по телефону, чтобы обсудить развитие Вашего ребенка. По всем вопросам обращайтесь в наш офис по телефону *(phone number).*

*(or choose this option)*

󠇀 Мы хотели бы провести диагностику развития вместе с Вами и Вашим ребенком. По окончании диагностики мы изучим информацию и обсудим с Вами развитие Вашего ребенка. Вы можете отказаться от участия в диагностике и в любой момент потребовать проведения оценки развития для определения права на участие в программе раннего вмешательства для детей с задержкой развития.

С уважением,

*(Specialist name and contact information)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я даю согласие** (Программе EI/ECSE) **на**

[ ] да [ ] нет ознакомление со следующим: *(Screening instrument and description)*. Результаты помогут установить, соответствует ли развитие ребенка возрасту и требуется ли дальнейшая оценка с участием специалиста.

*(Child's Name)* *(dob)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Родитель / законный опекун (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись родителя / опекуна Дата

 Экземпляр процессуальных гарантий предоставлен родителю.