
Անուն

Հասցե

Հեռախոսահամար

Էլ.փոստ

Ամսաթիվ՝ _____

Ում՝ _____

Տարածաշրջանային կենտրոնի ծառայությունների համակարգողին,
հասցեով, Էլ.փոստով կամ ֆաքսով

Թեմա՝

Դիմում _____ համար իմ մայրենի լեզվով տեղեկատվություն
ստանալու համար

Տարածաշրջանային կենտրոնի շահառուի անուն

Ցանկանում եմ տեղեկացնել, որ ես պահանջում եմ փոփոխել IPP/IFSP-ն և
ներառել հայտարարություն այն մասին, որ իմ մայրենի լեզուն

_____ է:

Ես պահանջում եմ, որ իմ IPP/IFSP-ի պլանավորումն ու կազմումը
իրականացվի իմ մայրենի լեզվով: Սոցիալական ապահովության մասին
օրենք, բաժին 4646(h)(1):

Խնդրում եմ նաև օրենքով պահանջվող ժամկետներում ինձ տրամադրել իմ
IPP-ի թարգմանված օրինակն իմ մայրենի լեզվով: Սոցիալական
ապահովության մասին օրենք, բաժիններ 4646(h)(2) և 4646.5(a)(5):

Հարգանքով,

Անուն