|  |  |
| --- | --- |
| *Factura por Servicios de Transporte del Programa* |       |
| *Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte* |
|  |
| **Section 1: General Information – to be Completed by Early Intervention Service Coordinator (EISC ) and Parent/Guardian**:***Sección 1: Información General – debe ser completado por la Coordinador de Servicios de Intervención Temprana (EISC) y los padres de familia o tutor legal:*** |
| Autorizado por CDSA:  |       | Dirección: |       |
| Dirección: : |       |
| Nombre del niño: |       |       |    | F. de nacimiento: |       | HIS ID #: |       |
|  | Apellido paterno | Nombre | Inicial 2º nombre | MM / DD / YY |  |  |
| Nombre del padre o tutor legal: |       |       |    |  |
|  | Apellido paterno | Nombre | Inicial 2º nombre |  |
| Número de teléfono: |       |  |  |  |  |
| Dirección: |       |       |    |       |       |
|  | Calle y No. | Ciudad | Estado | Código Postal | Condado de residencia |
| Nombre del Coordinador de Servicios: |       |       | Teléfono de Coordinador de Servicios: |       |
|  | Last / *Apellido paterno* | First / *Nombre* |  |  |
| Fecha de Inicio del IFSP: |        | a |       | Fecha Final | Resultado #: |       |
| (\*see instructions for date to use) | MM / DD / YY |  | MM / DD / YY  |  |  |  |
|  |
| **Section 2: Travel Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer*****Sección 2: Autorización aprobada de viajes – debe ser completado por el EISC y el agente financiero*** |
|  |       | **x** |       | **=** |       | **x** |       | **x** |     | **=**  |  $      |  |
|  | State Mileage Rate / *Tarifa estatal por milla* | Annual Family Service Percentage /Porcentaje anual de servicio familiar / AFSP |  | Family’s Travel Rate/ *Tarifa de la familia* | Miles per Round Trip/ *Millas totales* |  | # of Trips Authorized / *# de viajes aprobados* | Maximum Reimbursement / *Reembolso máximo* |  |
|  | $      | **x** |       | **x** |       | **=** |  $      |  |
|  | Estimated Other Travel Expenses (bus, taxi, etc.) / *Estimación de otros gastos* | AFSP | # of Trips Authorized / *# de viajes aprobados* | Maximum Reimbursement / *Reembolso máximo* |  |
|       |  |       |
| EISC Signature and Date / *Firma del coordinador de servicios & Fecha* |  | Finance Officer Signature and Date / *Firma del agente financiero**& Fecha*  |
|  |
| **Section 3: Invoice for Transportation Services – to be Completed Monthly by Parent/Guardian*****Sección 3: Factura de Servicios de Transportación – debe ser completado mensualmente por los padres o tutor legal*** |
| Para fines de reembolso, anote toda la información completa en la sección 3 y entrégala al EISC en el CDSA (dirección anotado anteriormente) ***antes el día 20 del mes cuando ocurrió los servicios. (Para los servicios que ocurrieran después del día 20, entrega la factura el mes siguiente.)*** Puede obtener más formularios con su coordinador de servicios cuando sea necesario. |
| **Fecha del viaje:** | **Lugar de destino (Favor de escribir legible y preciso)** | **Total de millas recorridas o tipo de transporte** *(se requiere presentar recibos)* |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **Certifico que mi niño recibió servicios de transportación en los días y las horas anotados anteriormente.** |
|       |  |       |
| Firma del padre o tutor legal |  | Fecha mandada al EISC para el reembolso |
|  |
| **Section 4: Reimbursement Authorization – to be Completed by Finance Officer*****Sección 4: Autorización del reembolso – debe completar el agente financiero*** |
|  |  $      |  |  |       |
|  | Total Authorized Reimbursement |  | Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date |