|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| ***برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية*** | |

***نموذج جمع المعلومات المالية***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **معلومات بشأن الطفل والعائلة:** | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |
| *الاسم الأول للطفل* | *الاسم الأوسط* | | | | | *اسم العائلة* | | | | |  | *الاسم كاملاً للوالد المسؤول أو الوصي* | | | | | | | | | | | |
|  | النوع:  ذكر  أنثى | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |
| *تاريخ الميلاد* |  | | | | | | | | | |  | *العنوان للوالد المسؤول أو الوصي* | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  |  | | | | | |  | | |  | | |
| *بلد الإقامة* | | | | | | | | | | |  | *المدينة* | | | | | | *الولاية* | | | *الكود البريدي* | | |
|  | |  | | | | | | | | |  |  | | | | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  | *هاتف المنزل:* | | | | | *أرقام تواصل أخرى* | | | | | |  |
| 1. **معلومات الاتصال بالبرامج الأخرى:**   برجاء ذكر الاسم ومعلومات الاتصال المتعلقين بالمشاركة في البرنامج أو مصدر التمويل الآخر. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medicaid | | الاسم: | |  | | | | | الهاتف: | | | | |  | | البريد الإلكتروني: | | |  | | | | |
| SSI | | الاسم: | |  | | | | | الهاتف: | | | | |  | | البريد الإلكتروني: | | |  | | | | |
| WIC | | الاسم: | |  | | | | | الهاتف: | | | | |  | | البريد الإلكتروني: | | |  | | | | |
| أخرى: | | الاسم: | |  | | | | | الهاتف: | | | | |  | | البريد الإلكتروني: | | |  | | | | |
| 1. **إشعار عائلي عن سبب طلب برنامج (ITP) لرقم التضامن الاجتماعي:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية (ITP) مُلزم بطلب رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ المسؤول ماليًا عن الأطفال المسجلين في برنامج ITP. برنامج (ITP) يطلب منكم تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بكم للوفاء بالتزاماتنا القانونية تجاه الولاية بموجب قوانين النظام الأساسي العام لولاية كارولينا الشمالية. قانون رقم: N.C.G.S. 105A-3 و N.C.G.S. 147-86.21 وذلك في حالة الحاجة لتحصيل دين مستحقة عليكم تجاه الوكالة. * القانون الفيدرالي وقانون الولاية يعملان على حماية خصوصية وأمان رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك ولن تُفصح الوكالة عن رقم الضمان الاجتماعي لأي غرض آخر غير تحصيل الديون باستثناء ما يقتضيه القانون. عملت هذه الوكالة على تقليل استخدام أرقام الضمان الاجتماعي في ممارساتها التجارية. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **معلومات وحدة العائلة:** | | | | | | | | | | 1. **For CDSA Business Office Use Only** | | | | | | | | | | | | | |
| يرجى إدراج جميع أفراد العائلة الذين تم تحديدهم كجزء من وحدة العائلة بناءً على تعريف برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية. يرجى إدراج ***البالغين من ذوي مصادر الدخل أولاً*** ثم بعدها إدراج الأطفال والتفاصيل ذات الصلة مثل علاقتك بهم وأعمارهم الحالية المتوافقة مع تعريف وحدة عائلة برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية. | | | | | | | | | | Enter the Social Security Number of the Responsible Parent or Guardian:  **-** **-** | | | | | | | | | | | | | |
| *الاسم* | | |  | | | | |  | | *Income Verification Documents* | | | | | *Gross Income* | | | | | *Adjusted Gross (AGI)* | | | |
| البالغين: | | | *العلاقة* | | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| الأطفال: | | | *العلاقة* | | | | | *العمر الحالي:* | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | | Family Unit Total (a) | | | | | Annual Gross Total (b) | | | | | Annual AGI Total (c) | | | |
|  | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | | *Date SFS% Verified:* | | | | | **Monthly Maximum Cap [(b/12) x(.05)]** | | | | | **SFS Percentage Determined** | | | |
|  | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| تم التوضيح والإفصاح لي عن سبب طلب رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ المسؤول ماليًا عن الأطفال المسجلين في برنامج ITP. بتوقيعي أدناه، أقرب أن مشاركة البرنامج ومعلومات وحدة الأسرة المذكورة أعلاه صحيحة طبقًا لحد معرفتي واعتقادي، وأنني على دراية وفِهم لسبب طلب برنامج ITP لمعلومات حجم الأسرة ورقم الضمان الاجتماعي للمسؤول المالي البالغ. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | |  | |
| توقيع الوالد/الوصي | | | | |  | | التاريخ | | |  | | | توقيع ممثل برنامج (ITP) | | | | | | |  | | التاريخ | |