|  |  |
| --- | --- |
| ***ﺑرﻧﺎﻣﺞ وﻻﯾﺔ كارولينا الشمالية ﻟﻸطﻔﺎل اﻟرﺿﻊ واﻷطﻔﺎل اﻟﺻﻐﺎر*** |       |

***نموذج جمع البيانات المالية***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **معلومات الطفل والأسرة:**
 |  |  |
|       |       |       |  |       |
| *الاسم الأول للطفل* | *الاسم الأوسط /اللاحقة* | *اسم العائلة* |  | *الاسم الكامل للوالد أو الوصي المسؤول* |
|       | *الجنس:*[ ]  ذكر [ ]  أنثى |  |       |
| *تاريخ الميلاد* |  |  | *عنوان الوالد أو الوصي المسؤول* |
|       |  |       |       |       |
| *المقاطعة التي يقيم بها* |  | *المدينة* | *الولاية* | *الرمز البريدي* |
|  |  |  |       |       |  |
|  |  |  | *هاتف المنزل* | *رقم هاتف آخر للتواصل* |  |
| 1. **معلومات الاتصال بالبرامج الأخرى:**

يرجى ذكر الاسم ومعلومات الاتصال لأي برامج أخرى يشارك فيها الطفل أو مصادر تمويل أخرى.  |
| [ ]  ميديكيد (Medicaid) | الاسم: |       | الهاتف: |       | البريد الإلكتروني: |       |
| [ ]  الضمان الاجتماعي التكميلي (SSI) | الاسم: |       | الهاتف: |       | البريد الإلكتروني: |       |
| [ ]  برنامج WIC | الاسم: |       | الهاتف: |       | البريد الإلكتروني: |       |
| [ ]  أخرى:       | الاسم: |       | الهاتف: |       | البريد الإلكتروني: |       |
| 1. **إشعار عائلي بسبب طلب ITP للحصول على رقم الضمان الاجتماعي:**
 |
| * يُطلب من برنامج ولاية كارولينا الشمالية للأطفال الرضع والأطفال الصغار (ITP) طلب رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ المسؤول ماليًا عن الأطفال المسجلين في برنامج ITP. تطلب منك ITP تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك للوفاء بالتزاماتنا القانونية تجاه الدولة بموجب N.C.G.S. 105A-3وN.C.G.S. 147-86.21 في حالة الحاجة إلى تحصيل دين منك مستحق لهذه الوكالة.
* يحمي القانون الفيدرالي وقانون الولاية خصوصية وأمان رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، ولن تكشف هذه الوكالة عن رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك لأي غرض آخر غير تحصيل الديون إلا وفقًا لما يقتضيه القانون. عملت هذه الوكالة على تقليل استخدام أرقام الضمان الاجتماعي ضمن ممارساتها التجارية.
 |
| 1. **معلومات الوحدة العائلية:**
 | 1. **للاستخدام من قبل مكتب أعمال CDSA فقط**
 |
| قم بإدراج جميع أفراد العائلة الذين تم تحديدهم كجزء من وحدة العائلة بناءً على تعريف ITP. قم بإدراج ***البالغين ذوي الدخل أولاً،*** *ثم* قم بإدراج الأطفال بما في ذلك العلاقة والعمر *الحالي* الذين يستوفون تعريف وحدة الأسرة ITP. | أدخل رقم الضمان الاجتماعي للوالد أو الوصي المسؤول:**-** **-** |
| *الاسم* |  |  | *مستندات التحقق من الدخل* | *الدخل الإجمالي* | *الدخل الإجمالي المعدل (AGI)* |
| البالغون: | *العلاقة* |  |       |       |       |
|       |       |  |       |       |       |
|       |       |  |       |       |       |
|       |       |  |       |       |       |
|       |       |  |       |       |       |
| الأطفال: | *العلاقة* | *العمر الحالي* |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       | إجمالي الوحدةالعائلية (أ) | إجمالي الدخلالسنوي (ب) | إجمالي الدخل السنوي المعدل (ج) |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       | *تاريخ التحقق من نسبة الرسوم المتدرجة (SFS%):* | **الحد الأقصى الشهري[(b/12) x(.05)]** | **النسبة المئوية للرسوم المتدرجة المحددة** |
|       |       |       |  |  |  |
|       |       |       |  |  |  |
| لقد تم توضيح السبب الذي يجعل برنامج الأطفال الرضع والأطفال الصغار ملزمًا بطلب رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ المسؤول ماليًا عن الأطفال المسجلين في برنامج ITP لي. بتوقيعي أدناه، أشهد بأن معلومات المشاركة في البرنامج ووحدة الأسرة المقدمة أعلاه صحيحة على حد علمي ومعتقدي، وأنني أفهم سبب طلب برنامج ITP لمعلومات حجم الأسرة ورقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ المسؤول ماليًا.  |
|       |  |       |  |       |  |       |
| توقيع الوالد/الوصي |  | التاريخ |  | توقيع ممثل ITP |  | التاريخ |