|  |  |
| --- | --- |
| ***برنامه نوزادان - اطفال نوپای کارولینای شمالی*** |  |

***فورم جمع آوری معلومات مالی***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **معلومات طفل و خانواده:** | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | |  |  | | | | | | | | |
| *نام طفل* | | *نام میانی/پسوند* | | | *تخلص* | | | |  | *نام کامل ولی یا سرپرست مسئول* | | | | | | | | |
|  | | *جنسیت:*  مرد  زن | | | | | | |  |  | | | | | | | | |
| *تاریخ تولد* | |  | | | | | | |  | *آدرس ولی یا سرپرست مسئول* | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | | |  |  | | |
| کاونتی سکونت | | | | | | | | |  | شهر | | | | | *آيالت* | *کود پستی* | | |
|  |  | | | | | | | |  |  | | |  | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  | تیلفون خانگی | | | *تماس دیگر تیلفونی* | | | | |  |
| 1. **معلومات تماس سایر برنامه‌ها:**   نام و معلومات تماس سایر شرکت‌کنندگان در برنامه یا منابع مالی را فهرست کنید. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medicaid | نام: |  | | | | | | تیلفون: | |  | | ایمیل: | |  | | | | |
| SSI | نام: |  | | | | | | تیلفون: | |  | | ایمیل: | |  | | | | |
| WIC | نام: |  | | | | | | تیلفون: | |  | | ایمیل: | |  | | | | |
| دیگر: | نام: |  | | | | | | تیلفون: | |  | | ایمیل: | |  | | | | |
| 1. **اعلام دلیل درخواست شماره تأمین اجتماعی توسط خانواده برای ITP:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * برنامه نوزادان و اطفال نوپای کارولینای شمالی (ITP) موظف است شماره تأمین اجتماعی بزرگسال مسئول مالی اطفالی را که در ITP ثبت نام کرده‌اند، درخواست کند. ITP از شما درخواست می‌کند شماره تأمین اجتماعی خود را برای انجام تعهدات قانونی ما به ایالت تحت N.C.G.S 105A-3 و N.C.G.S. 147-86.21 در صورتی که نیاز به وصول قرض از شما به این اداره وجود داشته باشد، ارائه نمائید. * قوانین فدرال و ایالتی از حریم خصوصی و امنیت شماره تأمین اجتماعی شما محافظت می‌کنند و این آژانس شماره تأمین اجتماعی شما را برای هیچ هدفی غیر از وصول بدهی، مگر در مواردی که قانون ایجاب کند، افشا نخواهد کرد. این آژانس تلاش کرده است تا استفاده از شماره‌های تأمین اجتماعی را در رویه‌های تجاری خود به حداقل برساند. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **معلومات واحد خانواده:** | | | | | | | | | 1. **فقط برای استفاده اداری تجارت CDSA** | | | | | | | | | |
| تمام اعضای خانواده که بر اساس تعریف ITP به عنوان بخشی از واحد خانواده شناخته شده‌اند را فهرست کنید. ***در نخست، افراد بالغ که درآمد دارد*** ذکر کنید، سپس فرزندانی را که با تعریف واحد خانوادگی ITP مطابقت دارند، به همراه نسبت و سن فعلی فهرست کنید. | | | | | | | | | شماره تأمین اجتماعی والدین یا قیم مسئول را وارد کنید:  **-** **-** | | | | | | | | | |
| *نام* | | |  | | | |  | | مدارک تأیید درآمد | | | *درآمد ناخالص* | | | | ناخالص تعدیل شده (AGI) | | |
| افراد بالغ: | | | *رابطه* | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |
| اطفال: | | | *رابطه* | | | | *سن فعلی* | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | | مجموعه واحد خانواده (الف) | | | مجموعه ناخالص سالانه (ب) | | | | مجموعه AGI سالانه (ج) | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | | *تاریخ SFS% تائید شده:* | | | **سقف اعظمی ماهوار [(b/12) x(.05)]** | | | | **درصد  SFS تعیین شد** | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |
| دلیل اینکه برنامه نوزادان-اطفال نوپا ملزم به درخواست شماره تأمین اجتماعی بزرگسال مسئول مالی اطفال ثبت نام شده در ITP است، برای من توضیح داده شده است. با امضای خود در ذیل، تصدیق می کنم که معلومات مربوط به مشارکت در برنامه و واحد خانوادگی ارائه شده در بالا، تا آنجا که می‌دانم و معتقدم، صحیح است و دلیل درخواست معلومات مربوط به تعداد اعضای خانواده و شماره تأمین اجتماعی فرد بزرگسال دارای مسئولیت مالی توسط ITP را درک می‌کنم. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | |  | |  | | | | |  |  | |
| امضای ولی/سرپرست | | | |  | | تاریخ | | |  | | امضای نماینده ITP | | | | |  | تاریخ | |