|  |  |
| --- | --- |
| ***Программа штата Северная Каролина для младенцев и***  |       |

***детей ясельного возраста***

***Форма сбора финансовых данных***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Информация о детях и семье:**
 |  |  |
|       |       |       |  |       |
| *Имя ребенка* | *Отчество\Другие имена* | *Фамилия* |  | *Полное имя ответственного родителя или опекуна* |
|       | *Пол:* [ ]  Мужской [ ]  Женский |  |       |
| *Дата рождения* |  |  | *Адрес ответственного родителя или опекуна* |
|       |  |       |       |       |
| *Место жительства* |  | *Город* | *Штат* | *Почтовый индекс* |
|  |  |  |       |       |  |
|  |  |  | *Домашний телефон* | *Другой телефонный контакт* |  |
| 1. **Другая контактная информация программы:**

Укажите имя и контактную информацию для других участников программы или источника финансирования. |
| [ ]  Medicaid | Имя:  |       | Тел.:  |       | Email:  |       |
| [ ]  SSI | Имя:  |       | Тел.:  |       | Email:  |       |
| [ ]  WIC | Имя:  |       | Тел.:  |       | Email:  |       |
| [ ]  другое:       | Имя:  |       | Тел.:  |       | Email:  |       |
| 1. **Уведомление семьи о причине запроса номера социального обеспечения (ITP):**
 |
| * Программа штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста (ITP) должна запросить номер социального страхования финансово ответственного взрослого детей, зарегистрированных в ITP. ITP просит вас предоставить свой номер социального страхования для выполнения наших юридических обязательств перед штатом в соответствии с Общим уставом штата Северная Каролина N.C.G.S. 105A-3 и N.C.G.S. 147-86.21 в случае необходимости взыскания с вас задолженности перед этим Агентством.
* Федеральное законодательство и законы штата защищают конфиденциальность и безопасность вашего номера социального страхования, и Агентство не будет разглашать ваш номер социального страхования для каких-либо иных целей, кроме взыскания задолженности, за исключением случаев, предусмотренных Законом. Агентство работало над тем, чтобы свести к минимуму использование номеров социального страхования в рабочей практике.
 |
| 1. **Информация о семейном подразделении:**
 | 1. **For CDSA Business Office Use Only**
 |
| Перечислите всех членов семьи, в соответствии с определением Программы. Сначала перечислите взрослых, имеющих доход, затем перечислите детей, других родственников указывая их возраст (в соответствии с определением Программы) | Enter the Social Security Number of the Responsible Parent or Guardian:**-** **-** |
| *Имя* |  |  | *Income Verification Documents* | *Gross Income* | *Adjusted Gross (AGI)* |
| Взрослые: | *Отношение* |  |       |       |       |
|       |       |  |       |       |       |
|       |       |  |       |       |       |
|       |       |  |       |       |       |
|       |       |  |       |       |       |
| Дети: | *Отношение* | *Текущий возраст* |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       | 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** |
|       |       |       |  |  |  |
|       |       |       |  |  |  |
| Мне объяснили, почему ITP должна запрашивать номер социального страхования финансово ответственного взрослого детей, зарегистрированных в программе для младенцев и детей ясельного возраста. Своей подписью ниже я удостоверяю, что предоставленная выше информация об участии в программе и семейной ячейке верна, насколько мне известно и насколько я уверен, и что я понимаю причину, по которой ITP запрашивает информацию о размере семьи и номер социального страхования финансово ответственного взрослого. |
|       |  |       |  |       |  |       |
| Подпись родителя/опекуна |  | Дата |  | Подпись представителя ITP |  | Дата |