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

***المراجعة المالية وطلب تعديل الضائقة المالية***

|  |
| --- |
| **معلومات العميل:** |
| اسم مقدم الطلب:  |       | تاريخ تقديم الطلب: |       |
| عنوان الشارع: |       | اسم الطفل: |       |
| المدينة، الولاية، الرمز البريدي: |       | تاريخ ميلاد الطفل: |       |
| الهاتف المنزلي: |       | منسق الخدمة: |       |
| هاتف آخر: |       |       |       |
|  |
| **معلومات عن الضائقة:** |
| ***الفئة*** | ***الوثائق المقدمة*** | ***تأثير الخسارة و/أو التكلفة*** |
| **فقدان المنزل** |       |       |
| **فقدان الوظيفة** |       |       |
| **تكاليف طبية باهظة** |       |       |
| *(يُرجى الاطلاع على الأسئلة الشائعة حول تعديل صعوبات برنامج التدخل الفردي (ITP) لمزيد من المعلومات، وإرفاق وثائق التحقق حسب الاقتضاء)* |

|  |  |
| --- | --- |
| ***For CDSA Business Office Use Only*** | **Date Completed Application Received:**  |
| Current AGI:       | Current SFS Percentage       | Date of Previous Determination:       |
| Current Gross Cap:       | Adjusted AGI (if applicable):       |
| [ ]  Recommend Adjustment as outlined below: | [ ]  DO NOT recommend adjustment; maintain current SFS%. |
| **Adjusted SFS%:** |       | Reason(s) not approved: |
| **Gross Cap:** |       |       |
| **Date Recommended:** |       |
| **Adjustment Time Frame:** |       |
| **Required Review Date:** |       |
|  |
| ***For CDSA Director’s Use Only*** |
| [ ]  Approve Adjustment as recommended above | [ ]  Decline adjustment; maintain current SFS%. |
| [ ]  Approve adjustment with changes below | Reason(s) not approved: |
| **Adjusted SFS%:** |       |       |
| **Gross Cap:** |       |
| **Date Recommended:** |       |
| **Adjustment Time Frame:** |       |
| **Required Review Date:** |       |
|       |  |       |
| CDSA Director’s Signature |  | Date |