|  |  |
| --- | --- |
| ***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 | |