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

***بررسی مالی و درخواست تعدیل سختی***

|  |
| --- |
| **معلومات مراجعه کننده:** |
| نام متقاضی:  |       | تاریخ درخواست: |       |
| آدرس سرک: |       | نام طفل: |       |
| شهر، ايالت، کود پستی: |       | تاریخ تولد طفل: |       |
| تیلفون خانگی: |       | هماهنگ کننده خدمات: |       |
| تیلفون دیگر: |       |       |       |
|  |
| **معلومات سختی:** |
| ***کتگوری*** | ***اسناد ارائه شده*** | ***اثر زیان و/یا هزینه*** |
| **از دست دادن خانه** |       |       |
| **از دست دادن وظیفه** |       |       |
| **هزینه‌های طبی گسترده** |       |       |
| *(لطفاً برای معلومات بیشتر به سوالات متداول در مورد تعدیل سختی ITP مراجعه کنید و در صورت لزوم مدارک تأیید را ضمیمه کنید)* |
| ***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 |