|  |  |
| --- | --- |
| ***노스캐롤라이나 영유아 프로그램*** |  |

***재정 검토 및 어려움 조정 신청***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **클라이언트 정보:** | | | | | | | | | | |
| 지원자 이름: |  | | | | | | 신청 날짜: | | |  |
| 거리 주소: |  | | | | | | 아이의 이름: | | |  |
| 시, 주, 우편번호: |  | | | | | | 자녀의 생년월일: | | |  |
| 집 전화: |  | | | | | | 서비스 코디네이터: | | |  |
| 기타 전화: |  | | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **고난 정보:** | | | | | | | | | | |
| ***범주*** | | | ***제공된 문서*** | | | | | | ***손실 및/또는 비용의 영향*** | |
| **집의 상실** | | |  | | | | | |  | |
| **실직** | | |  | | | | | |  | |
| **광범위한 의료 비용** | | |  | | | | | |  | |
| *( 자세한 내용은 ITP 고난 조정 자주 묻는 질문을 (FAQ) 참조하고 필요한 경우 확인 문서를 첨부하십시오)* | | | | | | | | | | |
| ***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 | | | | |