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