|  |  |
| --- | --- |
| ***نارتھ کیرولینا انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام*** |       |

***مالیاتی جائزہ اور مشکل ایڈجسٹمنٹ کی درخواست***

|  |
| --- |
| **کلائنٹ کی معلومات:** |
| درخواست دہندہ کا نام:  |       | درخواست کی تاریخ: |       |
| اسٹریٹ کا پتہ: |       | بچے کا نام: |       |
| شہر، ریاست، زپ: |       | بچے کی تاریخ پیدائش: |       |
| گھر کا فون: |       | سروس کوآرڈینیٹر: |       |
| دیگر فون: |       |       |       |
|  |
| **مشکلات کی معلومات:** |
| ***زمرہ*** | ***فراہم کردہ دستاویزات*** | ***نقصان اور/یا لاگت کا اثر*** |
| **گھر سے محرومی** |       |       |
| **ملازمت چھوٹنا** |       |       |
| **وسیع طبی اخراجات** |       |       |
| *(براہ کرم مزید معلومات کے لیے ITP مشکلات کو ایڈجسٹ کرنے سے متعلق اکثر پوچھے جانے والے سوالات دیکھیں اور ضرورت کے مطابق تصدیقی دستاویزات منسلک کریں)* |
| ***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 |