|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

#### *برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية*

#### *الفوترة والإذن بسداد تكاليف خدمات الرعاية المؤقتة*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 1: General Information – to be Completed by Early Intervention Service Coordinator (EISC) and Parent/Guardian**  **القسم الأول: معلومات عامة - يتم إكمالها بواسطة منسق (EISC) وولي الأمر / الوصي** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| وكالة CDSA المانحة للإذن: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | العنوان: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| عنوان البريد: : | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اسم الطفل: | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | تاريخ الميلاد: | | |  | | | | | HSIS ID #: | | |  | | | | |
|  | | الاسم الأخير: | | | | | | | | | | | الاسم الأول: | | | | | | | | | | الاسم الأوسط: | | | | |  | | | يوم / شهر / سنة | | | | | | | | | | | | |
| الوالد/ الوصي المخول له بالمدفوعات: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | الأخير | | | | | | | | | | | | | | | | | | | الاسم الأول: | | | | | | | | | | | | الاسم الأوسط: | |  |
| رقم هاتف الوالد/ الوصي: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | |
| عنوان البريد: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | |
|  | | | الشارع | | | | | | | | | | | | | | | | | | المدينة | | | | | | | | | | الولاية | | | الرمز البريدي | | | | بلد الإقامة: | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اسم منسق (EISC): | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | رقم هاتف EISC: | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | الاسم الأخير: | | | | | | | | | | | الاسم الأول: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| تاريخ البدء المصرح به بخطة IFSP: | | | | | | | | | |  | | إلى | | | |  | | | | | تاريخ الانتهاء | | | | | | | | | رقم النتائج - خطة FSP: | | | | | | | | | |  | | | |
| (\*see instructions for date to use) | | | | | | | | | | **يوم / شهر / سنة** | |  | | | |  | | | | | **يوم / شهر / سنة** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 2: Respite Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer**  **القسم الثاني: إذن الموافقة على تكاليف خدمات الرعاية المؤقتة - يتم إكمالها من قبل خطة EISC واعتمادها من قبل موظف الشؤون المالية** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 5.00 دولار أمريكي | | | | **×** | | |  | | | **=** | | |  | | | | | | **×** | |  | | | | | | | | | | **=** | دولار أمريكي | | | | | | | | |  | |
|  | Base Rate **/  السعر الأساسي** | | | | | | | Annual Family Service Percentage **/ النسبة السنوية لخدمة الأسرة (AFSP)** | | |  | | | Family’s Hourly Rate **/ معدل سفر العائلة** | | | | | |  | | Respite Hours Authorized **/ ساعات الرعاية المؤقتة المسموح بها** | | | | | | | | | |  | Maximum Reimbursement **/  الحد الأقصى لمدفوعات السداد** | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| التوقيع والتاريخ لمسؤول خطة EISC | | | | | | | | | | | | | | | | |  | توقيع وتاريخ موظف الشؤون المالية | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 3: Invoice for Respite Services – to be Completed Monthly by Parent/Guardian**  **القسم الثالث: فاتورة خدمات الرعاية المؤقتة - يتم إكمالها شهريًا من قبل ولي الأمر / الوصي** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| فيما يتعلق بمبالغ السداد، يتعين إتمام القسم الثالث بالكامل وأرسل هذا النموذج إلى منسق EISC الخاص بك في وكالة CDSA  (العنوان الموضح أعلاه) **في موعد لا يتجاوز اليوم العشرين من الشهر الذي حدثت فيه الخدمة. *(للخدمات التي حدثت بعد اليوم العشرين من الشهر، برجاء تقديم الفاتورة في الشهر الذي يليه.)*** يمكنك الحصول على المزيد من المعلومات من خلال منسق EISC الخاص بك حسب الحاجة. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اسم موفر خدمات الرعاية المؤقتة (برجاء طباعتها بتفاصيل مقروءة واضحة) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **تاريخ الخدمة:** | | | | | | **توقيت البدء:**  (حدد دائرة على "صباحاً" أو "مساءً") | | | | | | | | | | | | **توقيت الانتهاء:**  (حدد دائرة على "صباحاً" أو "مساءً") | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | صباحًا / مساءً | | | | | | | | | | | | صباحًا / مساءً | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | صباحًا / مساءً | | | | | | | | | | | | صباحًا / مساءً | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | صباحًا / مساءً | | | | | | | | | | | | صباحًا / مساءً | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | صباحًا / مساءً | | | | | | | | | | | | صباحًا / مساءً | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | صباحًا / مساءً | | | | | | | | | | | | صباحًا / مساءً | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | صباحًا / مساءً | | | | | | | | | | | | صباحًا / مساءً | | | | | | |
| **أقر بأن طفلي تلقى خدمات الرعاية المؤقتة في التواريخ والأوقات المذكورة أعلاه.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| توقيع الوالد/الوصي | | | | | | | | | | | | | | | | |  | تاريخ الإرسال إلى منسق EISC لسداد التكلفة المدفوعة | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section 4: Reimbursement Authorization – to be Completed by Finance Officer**  **القسم الرابع: الإذن بسداد التكاليف - يتم استكمال هذا القسم بمعرفة موظف الشؤون المالية** | | | | | | | | | | |
|  |  | **x** |  | | **=** | | دولار دولار أمريكي | |  |  |
|  | Total Hours / إجمالي عدد الساعات |  | Hourly Rate /  سعر الساعة |  | | | Total Reimbursement / إجمالي مبلغ السداد | |  | Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date  *توقيع موظف الشؤون المالية وتاريخ دفع مبلغ السداد* |
|  | | | | | |  | |  | | |