|  |
| --- |
|       |

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

#### *مجوز و بل بازپرداخت هزینه استراحت (وقفه)*

|  |
| --- |
|  |
| **بخش 1: معلومات عمومی - توسط هماهنگ‌کننده خدمات مداخله زودهنگام (EISC) و والدین/سرپرست تکمیل خواهد شد:** |
|  |
| Authorizing CDSA:  |       | Address: |       |
| Mailing Address: |       |
|  |  |
| Child's Name: |       |       |     | DOB: |       | HSIS ID #: |       |
|  | Last | First | M.I. |  | MM / DD / YY |
| Parent/Guardian Authorized for Payment: |       |       |     |  |
|  | Last | First | M.I. |  |
| Parent/Guardian Phone Number: |       |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Mailing Address: |       |       |    |       |       |
|  | Street | City | State | Zip Code | County of Residence |
|  |  |
| EISC’s Name:  |       |       | EISC Phone Number: |       |
|  | تخلص | نام |  |  |
| تاریخ شروع مجاز IFSP: |        | تا  |       | تاریخ ختم | IFSP Outcome Number: |       |
| (\*برای تاریخ استفاده به دستورالعمل‌ها مراجعه کنید) | سال / روز / ماه |  | سال / روز / ماه  |  |  |  |
|  |
| **Section 2: Respite Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer** |
|  | $5.00 | **x** |       | **=** |       | **x** |       | **=** |  $      |  |
|  | Base Rate  | Annual Family Service Percentage (AFSP) |  | Family’s Hourly Rate |  | Respite Hours Authorized |  | Maximum Reimbursement |  |
|       |  |       |
| EISC Signature and Date  |  | Finance Officer Signature and Date  |
|  |
| **بخش 3: بل برای خدمات استراحت (وقفه) - که باید ماهانه توسط ولی/سرپرست تکمیل شود** |
| برای بازپرداخت، تمام بخش 3 را تکمیل نموده و این فورم را ***حداکثر تا 20 ماهی که خدمات در آن ارائه شده است،*** *به EISC خود در CDSA (آدرس بالا)* ارسال کنید. ***(برای خدماتی که پس از تاریخ 20 ارائه می‌شوند، بل را در ماه بعد ارسال کنید.)*** در صورت نیاز می‌توانید فورم‌های اضافی را از EISC خود دریافت کنید. |
| **نام فراهم کننده خدمات استراحت (وقفه)** (لطفاً به حروف واضح چاپ/بنويسيد) | **تاریخ خدمات** | **تاریخ شروع**(am (قبل از ظهر) یا pm (بعد از ظهر) را حلقه کنید) | **تاریخ ختم**(am (قبل از ظهر) یا pm (بعد از ظهر) را حلقه کنید) |
|       |       |       am / pm |       am / pm |
|       |       |       am / pm |       am / pm |
|       |       |       am / pm |       am / pm |
|       |       |       am / pm |       am / pm |
|       |       |       am / pm |       am / pm |
|       |       |       am / pm |       am / pm |
| **تصدیق میکنم که طفلم در تاریخ‌ها و ساعات فوق خدمات استراحت (وقفه) دریافت نموده است.** |
|       |  |       |
| امضای ولی/سرپرست |  | تاریخ ارسال به EISC برای بازپرداخت  |
|  |
| **Section 4: Reimbursement Authorization – to be Completed by Finance Officer** |
|  |       | **x** |  | **=** | $       |  |       |
|  | Total Hours |  | Hourly Rate |  | Total Reimbursement |  | Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date |
|  |  |  |