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

#### *임시 간호 상환 승인 및 청구서*

|  |
| --- |
|  |
| **Section 1: General Information – to be Completed by Early Intervention Service Coordinator (EISC) and Parent/Guardian****섹션 1: 일반 정보 – 조기 개입 서비스 코디네이터 (EISC) 및 학부모/보호자가 작성** |
|  |
| 규제CDSA: |       | 주소: |       |
| 우편 주소: : |       |
|  |  |
| 아이의 이름: |       |       |     | 생년월일: |       | HSIS ID # |       |
|  | 마지막 | 첫 번째 | 미 |  | 월 / 일 / 일 |
| 지불 승인을 받은 부모/보호자: |       |       |     |  |
|  | 마지막 | 첫 번째 | 미 |  |
| 학부모/보호자 전화번호: |       |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 우편 주소: |       |       |    |       |       |
|  | 거리 | 도시 | 상태 | 우편 번호 | 거주 카운티 |
|  |  |
| 의 이름EISC: |       |       | EISC 전화번호: |       |
|  | 마지막 | 첫 번째 |  |  |
| IFSP 승인된 시작 날짜: |        | 에게 |       | 종료 날짜 | IFSP 결과 번호: |    |
| (\*see instructions for date to use) | 월 / 일 / 일 |  | 월 / 일 / 일 |  |  |  |
|  |
| **Section 2: Respite Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer****섹션 2: 임시 간호 승인 승인 – EISC 가 작성하고 재무 담당자가 승인** |
|  | $5.00 | **엑스** |       | **=** |       | **엑스** |       | **=** | $      |  |
|  | Base Rate / *기준율* | Annual Family Service Percentage / *연간 가족 봉사 비율* (AFSP) |  | Family’s Hourly Rate / *가족 시급* |  | Respite Hours Authorized / *휴식 시간 승인됨* |  | Maximum Reimbursement / 최대 환급 |  |
|       |  |       |
| EISC 서명 및 날짜 |  | 재무 담당자 서명 및 날짜 |
|  |
| **Section 3: Invoice for Respite Services – to be Completed Monthly by Parent/Guardian****섹션 3: 임시 간호 서비스 청구서 – 학부모/보호자가 매월 작성** |
| 환급을 받으려면 섹션 3을 모두 작성하고 이 양식을 ***서비스가 발생한 달의 20 일 까지*** CDSA (위 주소) 에EISC 에 의해 작성하여 제출하십시오. *(20 일 이후 제공되는 서비스의 경우* ***다음 달에 청구서를 제출하십시오.)*** 필요에 따라EISC 로부터 추가 양식을 받을 수 있습니다 . |
| **임시 간호 제공자 이름** (정자로 정자체로 기재) | **서비스 날짜** | **시작 시간**(오전 또는 오후에 동그라미) | **종료 시간**(오전 또는 오후에 동그라미) |
|       |       |      오전 오후 |      오전 오후 |
|       |       |      오전 오후 |      오전 오후 |
|       |       |      오전 오후 |      오전 오후 |
|       |       |      오전 오후 |      오전 오후 |
|       |       |      오전 오후 |      오전 오후 |
|       |       |      오전 오후 |      오전 오후 |
| **본인은 본인의 자녀가 위의 날짜와 시간에 위탁 간호 서비스를 받았음을 증명합니다.** |
|       |  |       |
| 학부모/보호자 서명 |  | 환급을 위해EISC가 작성하여 보낸 날짜 |
|  |
| **Section 4: Reimbursement Authorization – to be Completed by Finance Officer****섹션 4: 환급 승인 - 재무 담당자 작성** |
|  |       | **엑스** |  | **=** | $      |  |       |
|  | Total Hours / *총 시간* |  | Hourly Rate / *시간당 요금* |  | Total Reimbursement / *총 환급* |  | Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date /*재무 담당자 서명 환급 승인 및 날짜* |