|  |
| --- |
|       |

#### *نارتھ کیرولینا انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام*

#### *مہلت کی ادائیگی کی اجازت اور رسید*

|  |
| --- |
|  |
| **سیکشن 1: عام معلومات – ابتدائی مداخلتی سروس کوآرڈینیٹر (EISC) اور والدین/سرپرست کے ذریعے مکمل کی جائیں گی**: |
|  |
| :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 |       |
|  | آخری | پہلا  |  |  |
| IFSP کی اجازت یافتہ تاریخِ آغاز: |        | از  |       | اختتامی تاریخ | I:FSP Outcome Number |       |
| (\*استعمال کرنے کی تاریخ کے لیے ہدایات دیکھیں) | مہینہ/دن/سال |  | مہینہ/دن/سال  |  |  |  |
|  |
| **سیکشن 2: عارضی دیکھ بھال کی اجازت کی منظوری – EISC کے ذریعہ مکمل کی جائے گی اور فنانس آفیسر کے ذریعہ منظور کی جائے گی** |
|  | $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  |
|  |
| **سیکشن 3: عارضی دیکھ بھال کی سروسز کے لیے رسید - والدین/سرپرست کے ذریعہ ماہانہ مکمل کیا جائے گا** |
| معاوضہ کے لیے، تمام سیکشن 3 کو مکمل کریں اور اس فارم کو اپنے EISC کو CDSA (اوپر کا پتہ) پر اس مہینے کی 20 ***تاریخ*** ***کے بعد*** جمع کروائیں ***جس میں سروس پیش کی گئی تھی*** ۔ ***(20*** تاریخ کے بعد فراہم کردہ سروسز کے لیے***، اگلے مہینے میں رسید جمع کروائیں)*** آپ ضرورت کے مطابق اپنے EISC سے اضافی فارم حاصل کر سکتے ہیں۔ |
| **عارضی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کا نام** (براہ کرم واضح طور پر پرنٹ کریں) | **سروس کی تاریخ** | **آغاز کا وقت**(صبح یا شام کا حلقہ) | **اختتامی وقت**(صبح یا شام کا حلقہ) |
|       |       |       am/pm |       am/pm |
|       |       |       am/pm |       am/pm |
|       |       |       am/pm |       am/pm |
|       |       |       am/pm |       am/pm |
|       |       |       am/pm |       am/pm |
|       |       |       am/pm |       am/pm |
| **میں تصدیق کرتا ہوں کہ میرے بچے نے مذکورہ بالا تاریخوں اور اوقات میں عارضی دیکھ بھال کی سروسز حاصل کیں۔** |
|       |  |       |
| والدین/سرپرست کے دستخط |  | ادائیگی کے لیے EISC کو بھیجی گئی تاریخ  |
|  |
| **Section 4: Reimbursement Authorization – to be Completed by Finance Officer** |
|  |       | **x** |  | **=** | $       |  |       |
|  | Total Hours |  | Hourly Rate |  | Total Reimbursement |  | Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date |
|  |  |  |