|  |
| --- |
|  |

#### *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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |