|  |  |
| --- | --- |
| ***ﺑرﻧﺎﻣﺞ وﻻﯾﺔ كارولينا الشمالية ﻟﻸطﻔﺎل اﻟرﺿﻊ واﻷطﻔﺎل اﻟﺻﻐﺎر*** |       |
| *تفويض واستمارة استرداد تكاليف النقل* |
|  |
| **القسم 1: المعلومات العامة - يتم تعبئتها من قبل منسق خدمة التدخل المبكر (EISC) والوالد/الوصي**: |
| Authorizing CDSA: |       | Address: |       |
| Mailing Address: |       |
| Child’s Name: |       |       |    | DOB: |       | HIS ID #: |       |
|  | Last | First | M.I | MM / DD / YY |  |
| الوالد/الوصي المصرح له بالدفع: |       |       |    |
|  | اسم العائلة | الاسم الأول | الاسم الأوسط |
| رقم هاتف الوالد/الوصي: |       |  |  |  |
| العنوان البريدي: |       |       |    |       |       |
|  | الشارع | المدينة | الولاية | الرمز البريدي | المقاطعة التي يقيم بها |
| اسم EISC: |       |       | رقم هاتف EISC: |       |
|  | Last | First |  |  |
| تاريخ بدء التفويض وفقًا لخطة الخدمة العائلية الفردية (IFSP): |        | إلى |       | تاريخ الانتهاء | رقم النتيجة في خطة IFSP: |       |
| (\*راجع التعليمات لمعرفة تاريخ الاستخدام) | شهر / يوم / سنة |  | شهر / يوم / سنة  |  |  |  |
|  |
| **Section 2: Travel Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer** |
|  |       | **x** |       | **=** |       | **x** |       | **x** |     | **=** |  $      |  |
|  | State Mileage Rate | Annual Family Service Percentage (AFSP) |  | Family’s Travel Rate | Miles per Round Trip |  | # of Trips Authorized | Maximum Reimbursement |  |
|  | $      | **x** |       | **x** |       | **=** |  $      |  |
|  | Estimated Other Travel Expenses (bus, taxi, etc.) |  | AFSP | # of Trips Authorized | Maximum Reimbursement |  |
|       |  |       |
| EISC Signature and Date |  | Finance Officer Signature and Date |
|  |
| **القسم 3: فاتورة خدمات النقل - يتم تعبئتها شهريًا من قبل الوالد/الوصي** |
| للحصول على المبلغ المسترد، قم بإكمال القسم 3 بالكامل وقدم هذا النموذج إلى EISC الخاص بك في CDSA (العنوان أعلاه) ***في موعد أقصاه******اليوم*** العشرين ***من الشهر الذي تم فيه تقديم الخدمة. (بالنسبة للخدمات التي قُدِّمت بعد اليوم العشرين، يُرجى تقديم الفاتورة في الشهر التالي).***يمكنك الحصول على نماذج إضافية من EISC حسب الحاجة. |
| **تاريخ السفر:** | **الوجهة** (يرجى الكتابة بخط واضح) | **إجمالي الأميال المقطوعة أو نوع النقل**(يُطلب إرفاق الإيصال) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **أُقر بأن طفلي قد حصل على خدمات النقل في التواريخ والأوقات المذكورة أعلاه.** |
|       |  |       |
| توقيع الوالد/الوصي |  | تاريخ الإرسال إلى EISC لاسترداد المبلغ |
|  |
| **القسم 4: تفويض السداد - يتم تعبئته من قبل المسؤول المالي** |
|  |  دولار       |  |       |
|  | إجمالي مبلغ التعويض المعتمد |  | توقيع المسؤول المالي المُخوّل بالموافقة على التعويض وتاريخه |