|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *برنامه نوزادان - اطفال نوپای کارولینای شمالی* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| *مجوز و بل بازپرداخت هزینه حمل و نقل* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **بخش 1: معلومات عمومی - توسط هماهنگ‌کننده خدمات مداخله زودهنگام (EISC) و والدین/سرپرست تکمیل شود:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Authorizing CDSA: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Address: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mailing Address: : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Child’s Name: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | DOB: | |  | | | | | | | HIS ID #: | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | Last | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | First | | | | | | | | | | | M.I | | | | | MM / DD / YY | | | | | | | | |  | | |  |
| والدین/سرپرست مجاز برای پرداخت: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | آخرین | | | | | | | | | | | | | | | | | | نخستین | | | | | | | | | | | | | | | | | M.I. | | |  | | | | | | | |
| شماره تیلفونی ولی/سرپرست: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
| آدرس پستی: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | جاده | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | شهر | | | | | | | | | | | | | | | | | | آيالت | | | | کود پستی | | | | | | کاونتی سکونت | | | |
| نام EISC: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | شماره تیلفون EISC: | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Last | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | First | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
| تاریخ شروع مجاز IFSP: | | | | | | | | |  | | | | | | | تا | | |  | | | | | | | تاریخ ختم | | | | | | | | | | | | شماره نتیجه IFSP: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| (\*برای تاریخ استفاده به دستورالعمل‌ها مراجعه کنید) | | | | | | | | | سال / روز / ماه | | | | | | |  | | | سال / روز / ماه | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **بخش 3:** فاکتور خدمات حمل و نقل - که باید ماهانه توسط والدین/سرپرست تکمیل شود | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| برای بازپرداخت، تمام بخش 3 را تکمیل کنید و این فرم را ***حداکثر تا بیستم ماهی که خدمات ارائه شده است، به EISC خود در CDSA (آدرس بالا)*** ارسال کنید. ***(برای خدماتی که پس از بیستم ارائه می‌شوند، بل را در ماه بعد ارسال کنید.)*** در صورت نیاز می‌توانید فرم‌های اضافی را از EISC خود دریافت کنید. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **تاریخ سفر:** | | | | | **مقصد** (لطفاً واضح بنویسید) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **کل مسافت طی شده یا نوع وسیله نقلیه** (ارائه رسید الزامی است) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **گواهی می‌دهم که طفلم در تاریخ‌ها و ساعات فوق از خدمات حمل و نقل بهره‌مند شده است.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| امضای ولی/سرپرست | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | تاریخ ارسال به EISC برای بازپرداخت | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **بخش 4: مجوز بازپرداخت - توسط مسئول مالی تکمیل خواهد شد** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | $ | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | کل بازپرداخت مجاز | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | امضای مسئول مالی مبنی بر تأیید بازپرداخت و تاریخ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |