|  |  |
| --- | --- |
| *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 |