|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *노스캐롤라이나 영유아 프로그램* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| *교통 환급 승인 및 송장* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 1: General Information – to be Completed by Early Intervention Service Coordinator (EISC) and Parent/Guardian**  **섹션 1: 일반 정보 – 조기 개입 서비스 코디네이터 (EISC) 및 학부모/보호자가 작성** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CDSA 승인 : | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 주소: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 우편 주소 : : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 아이의 이름: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | 생년월일: | | | | |  | | | | | HIS ID #: | | | | |  | | |
|  | | | 마지막 | | | | | | | | | | | | | | | | 첫 번째 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 미 | | | | | | | | 월/일/년 | | | | | |  | | |  | | | |
| 지불 승인을 받은 부모/보호자: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 마지막 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 첫 번째 | | | | | | | | | | | | | | | | 미 | | | | |  | | | | | | | | |
| 학부모/보호자 전화번호: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 우편 주소: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | 거리 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 도시 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 상태 | | | 우편 번호 | | | | | | | | | 거주 카운티 | | | | | | | |
| EISC’s 의 이름: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | EISC’s 전화번호: | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | 마지막 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 첫 번째 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| IFSP 승인 시작 날짜: | | | | | | | | |  | | | | | | | 에게 | |  | | | | | | | | | | 종료 날짜 | | | | | | | | | | | | IFSP 결과 번호: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| (\*see instructions for date to use) | | | | | | | | | MM / DD / YY | | | | | | |  | | MM / DD / YY | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 2: Travel Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer**  **섹션 2: 여행 허가 승인 - EISC가 작성하고 재무 담당자가 승인** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | **엑스** | | |  | | | | | | | | **=** |  | | | **엑스** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | **엑스** | | | |  | | | | **=** | | | $ | | | | | | | | | |  | |
|  | State Mileage Rate / *주 마일리지 비율* | | | | | | | Annual Family Service  Percentage / *연간 가족봉사 비율* (AFSP ) | | | | | | | |  | Family’s Travel Rate / *가족 여행 요금* | | | | | | | | | | | | Miles per Round Trip / *왕복 마일* | | | | | | | | |  | | | | # of Trips Auth-orized / *승인된 여행 횟수* | | | | | | | Maximum Reimbursement / *최대 환급* | | | | | | | | | |  | |
|  | $ | | | | | | | | | | | | **엑스** | |  | | | **엑스** | | |  | | | | | | | | | | | | | **=** | | | $ | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Estimated Other Travel Expenses (bus, taxi, etc.) / *예상 기타 여행 경비(버스, 택시 등)* | | | | | | | | | | | | |  | AFSP | | | | | | # of Trips Authorized / *승인된 여행 횟수* | | | | | | | | | | | | | | | | Maximum Reimbursement / *최대 환급* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EISC 서명 및 날짜 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | 재무 담당자 서명 및 날짜 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 3: Invoice for Transportation Services – to be Completed Monthly by Parent/Guardian**  **섹션 3: 교통 서비스 청구서 – 학부모/보호자가 매월 작성** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***서비스가 발생한 달의 20 일 까지*** CDSA (위 주소) 의 EISC 에게 제출하십시오. ***(20 일 이후 제공되는 서비스는 다음 달에 청구서를 제출하십시오.)*** 필요에 따라EISC 로부터 추가 양식을 얻을 수 있습니다 . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **여행 날짜:** | | | | | | | **목적지** (읽기 쉽게 인쇄하십시오) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **총 여행 거리 또는 교통 수단** (영수증 첨부 필요) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **본인은 본인의 자녀가 상기 날짜 및 시간에 통학 서비스를 받았음을 증명합니다.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 학부모/보호자 서명 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | 환급을 위해 EISC 에게 보낸 날짜 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 4: Reimbursement Authorization – to be Completed by Finance Officer**  **섹션 4: 환급 승인 - 재무 담당자 작성** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | $ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Total Authorized Reimbursement / *승인된 환급 총액* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date / *재무 담당자 서명 환급 승인 및 날짜* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |