|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *نارتھ کیرولینا انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| *نقل حمل کی بازادائیگی 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 | | |  | | | | | :HIS ID # | | | | |  | | |
|  | | Last | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | First | | | | | | | | | | | | | M.I | | | | | | MM / DD / YY | | | | | | | |  | | |  | |
| والدین/سرپرست جو ادائیگی کے لیے مجاز ہیں: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | آخری | | | | | | | | | | | | | | | | پہلا | | | | | | | | | | | | | | | | | درمیانی | | | | | | | | | | |
| والدین/سرپرست کا فون نمبر: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| ڈاک کا پتہ: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | اسٹریٹ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | شہر | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ریاست | | | | زپ کوڈ | | | | | رہائش کی کاؤنٹی | | | | |
| EISC کا نام: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | EISC کا فون نمبر: | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | Last | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | First | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| IFSP کی اجازت یافتہ تاریخ آغاز: | | | | | | | | |  | | | | از |  | | | | | | | | | اختتامی تاریخ | | | | | | | | | | | | | IFSP نتیجہ نمبر: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| (\*استعمال کرنے کی تاریخ کے لیے ہدایات دیکھیں) | | | | | | | | | م م / د د / س س | | | |  | م م / د د / س س | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **سیکشن 3: نقل و حمل کی سروسز کے لیے رسید - والدین/سرپرست کے ذریعہ ماہانہ مکمل کیا جائے گا** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| معاوضے کے لیے، تمام سیکشن 3 کو مکمل کریں اور اس فارم کو اپنے EISC کو CDSA (اوپر موجود 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۔ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **سفر کی تاریخ:** | | | **منزل مقصود** (براہ کرم واضح طور پر پرنٹ کریں) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **کل میل سفر یا نقل و حمل کی قسم** (منسلک رسید درکار ہے) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **میں تصدیق کرتا ہوں کہ میرے بچے نے مذکورہ بالا تاریخوں اور اوقات میں نقل و حمل کی سروسز حاصل کیں۔** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| والدین/سرپرست کے دستخط | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | ادائیگی کے لیے EISC کو بھیجی گئی تاریخ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **سیکشن 4: معاوضہ کی اجازت - فائنانس آفیسر کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا۔** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | $ | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | کل مجاز معاوضہ | | | | | | | | | | | | | | |  | | فائناس آفیسر کے دستخط معاوضہ اور تاریخ کی اجازت دیتے ہیں | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |