|  |  |
| --- | --- |
| *Autorización y Factura por Servicios de Alivio del Programa* |       |

#### *Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte*

|  |
| --- |
|  |
| **Section 1: General Information – to be Completed by Early Intervention Service Coordinator (EISC ) and Parent/Guardian:*****Sección 1: Información general – debe ser completado por la Coordinador de Servicios de Intervención Temprana (EISC) y los padres de familia o tutor legal:*** |
| Autorizado por CDSA:  |       | Dirección: |       |
| Dirección: |       |
| Nombre del niño: |       |       |    | Fecha de nacimiento: |       | HIS ID #: |       |
|  | Apellido paterno | Nombre | Inicial 2º nombre  |  MM / DD / YY |  |  |
| Nombre del padre o tutor legal: |       |       |    |  |
|  | Apellido paterno | Nombre | Inicial 2º nombre  |
| Número de teléfono: |       |  |
| Dirección: |       |       |    |       |       |
|  | Calle y No. | Ciudad | Estado | Código Postal | Condado de residencia |
| Nombre del Coordinador de Servicios (EISC): |       |       | Teléfono de Coordinador de Servicios: |       |
|  | Apellido paterno | Nombre |  |  |
| Fecha de Inicio del IFSP: |       | a |       | Fecha Final | Resultado #: |       |
| (\*see instructions for date to use) | MM / DD / YY |  | MM / DD / YY |  |  |  |
|  |
| **Section 2: Respite Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer*****Sección 2: Autorización de Servicios de Alivio – debe ser completado por EISC y aprobado por el agente financiero*** |
|  | $5.00 | **x** |       | **=** |       | **x** |       | **=** |  $      |  |
|  | Base Rate / *Tarifa Básica* | Annual Family Service Percentage / *Porcentaje anual de servicio familiar* / AFSP |  | Family’s Hourly Rate / *Tarifa por hora de la familia* | Respite Hours Authorized / *Horas de Servicios de Alivio aprobadas* | Maximum Amount of Reimbursement / *Reembolso Máximo* |  |
|       |  |       |
| Firma del coordinador de servicios y Fecha |  | Firma del agente financiero y Fecha |
|  |
| **Section 3: Invoice for Respite Services – to be Completed Monthly by Parent/Guardian*****Sección 3: Factura por Servicios de Alivio – debe ser completado mensualmente por los padres/tutor legal*** |
| Para fines de reembolso, anote toda la información completa en la sección 3 y entrégala al EISC en el CDSA (dirección anotado anteriormente) ***antes el día 20 del mes cuando ocurrió los servicios. (Para los servicios que ocurrieran después del día 20, entrega la factura el mes siguiente.)*** Puede obtener más formularios con su coordinador de servicios cuando sea necesario. |
| **Nombre del Proveedor de Servicios de Alivio** **(Favor de escribir legible y precisa)** | **Fecha de Servicio** | **Hora de Empezar**(circule am o pm) | **Hora de Terminar**(circule am o pm) |
|       |       |       am / pm |       am / pm |
|       |       |       am / pm |       am / pm |
|       |       |       am / pm |       am / pm |
|       |       |       am / pm |       am / pm |
|       |       |       am / pm |       am / pm |
|       |       |       am / pm |       am / pm |
| **Certifico que mi niño ha recibido servicios de alivio en las fechas y las horas que aparecen anteriormente.** |
|       |  |       |
| Firma del padre o tutor legal |  | Fecha enviada al EISC para el reembolso |
|  |
| **Section 4: Reimbursement Authorization – to be Completed by Finance Officer*****Sección 4: Autorización de Reembolso – debe ser completado por el agente financiero*** |
|  |       | **x** |       | **=** | $       |  |       |
|  | Total Hours |  | Hourly Rate |  | Total Reimbursement |  | Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date |