|  |  |
| --- | --- |
| ***उत्तरी केरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम*** |  |

***वित्तीय डेटा संग्रह प्रपत्र***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *ए. बच्चे और परिवार की जानकारी:* |  |  |
|       |       |       |  |       |
| बच्चे का पहला नाम | मध्य/प्रत्यय | अंतिम नाम |  | जिम्मेदार माता-पिता या अभिभावक का पूरा नाम |
|       | *लिंग:* [ ]  पुरुष [ ]  महिला |  |       |
| जन्म की तारीख |  |  | जिम्मेदार माता-पिता या अभिभावक का पता |
|       |  |       |       |       |
| आवासीय प्रांत |  | शहर | राज्य | ज़िप कोड |
|  |  |  |       |       |  |
|  |  |  | घर का फोन | अन्य फोन |  |
| . **बी. अन्य कार्यक्रम संपर्क जानकारी:**अन्य कार्यक्रम में भागीदारी या फंडिंग स्रोत के लिए सूची नाम और संपर्क जानकारी। |
| [ ]  Medicaid | नाम: |       | फ़ोन: |       | ईमेल: |       |
| [ ]  SSI | नाम: |       | फ़ोन: |       | ईमेल: |       |
| [ ]  WIC | नाम: |       | फ़ोन: |       | ईमेल: |       |
| [ ]  अन्य:      | नाम: |       | फ़ोन: |       | ईमेल: |        |
|  |
| **ए. सामाजिक सुरक्षा नंबर का अनुरोध करने वाले ITP के कारण की पारिवारिक अधिसूचना:**एनसी शिशु-बच्चा कार्यक्रम (ITP) को ITP में नामांकित बच्चों के वित्तीय रूप से जिम्मेदार वयस्क की सामाजिक सुरक्षा संख्या का अनुरोध करने की आवश्यकता है।ITP अनुरोध करता है कि आप एनसी सामान्य क़ानून. के तहत राज्य को हमारे कानूनी दायित्वों को पूरा करने के लिए अपना सामाजिक सुरक्षा नंबर प्रदान करें। N.C.G.S. 105A-3 और N.C.G.S. 147-86.21 इस घटना में आपसे उस ऋण को वसूलने की आवश्यकता है जो इस एजेंसी पर बकाया है। |
| ए. - परिवार इकाई की जानकारी:**ITP परिभाषा के आधार पर परिवार इकाई के हिस्से के रूप में पहचाने गए परिवार के सभी सदस्यों की सूची बनाएं।** पहले आय वाले वयस्कों **की सूची बनाएं, फिर ITP परिवार इकाई की परिभाषा को पूरा करने वाले रिश्ते और वर्तमान आयु सहित बच्चों की सूची बनाएं।** | **E. For CDSA Business Office Use Only** **Enter the Social Security Number of the Responsible Parent or Guardian:****-** **-** |
| *नाम* |  |  | *Income Verification Documents* | *Gross Income* | *Adjusted Gross (AGI)* |
| *वयस्क:* | *रिश्ता* |  |       |       |       |
|  |  |  |       |       |       |
|  |  |  |       |       |       |
|  |  |  |       |       |       |
|  |  |  |       |       |       |
| *बच्चे:* | *रिश्ता* | *वर्तमान आयु* |       |       |       |
|  |  |  |       |       |       |
|  |  |  |       |       |       |
|  |  |  |       |       |       |
|  |  |  | Family Unit Total (a) | Annual Gross Total (b) | Annual AGI Total (c) |
|  |  |  |       |       |       |
|  |  |  | *Date SFS% Verified:* | **Monthly Maximum Cap [(b/12) x(.05)]**  | **SFS Percentage Determined** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ITP में नामांकित बच्चों के वित्तीय रूप से जिम्मेदार वयस्क की सामाजिक सुरक्षा संख्या का अनुरोध करने के लिए शिशु-बच्चा कार्यक्रम की आवश्यकता का कारण मुझे समझाया गया है। नीचे अपने हस्ताक्षर से, मैं प्रमाणित करता हूं कि ऊपर प्रदान की गई कार्यक्रम में भागीदारी और परिवार इकाई की जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही है, और मैं समझता हूं कि ITP द्वारा परिवार के आकार की जानकारी और आर्थिक रूप से जिम्मेदार लोगों की सामाजिक सुरक्षा संख्या का अनुरोध करने का कारण वयस्क। |
|       |  |       |  |       |  |       |
| माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर |  | तारीख |  | ITP प्रतिनिधि के हस्ताक्षर (ITP Representative’s Signature) |  | तारीख (Date) |