|  |  |
| --- | --- |
| ***Программа штата Северная Каролина для младенцев и*** |  |

***детей ясельного возраста***

***Форма сбора финансовых данных***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Информация о детях и семье:** | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | |
| *Имя ребенка* | | *Отчество\Другие имена* | | | | | | *Фамилия* | | | |  | | *Полное имя ответственного родителя или опекуна* | | | | | | | | | | |
|  | | *Пол:*  Мужской  Женский | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | |
| *Дата рождения* | |  | | | | | | | | | |  | | *Адрес ответственного родителя или опекуна* | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | |  | | |
| *Место жительства* | | | | | | | | | | | |  | | *Город* | | | | | | *Штат* | | *Почтовый индекс* | | |
|  |  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  | | *Домашний телефон* | | | | *Другой телефонный контакт* | | | | | |  |
| 1. **Другая контактная информация программы:**   Укажите имя и контактную информацию для других участников программы или источника финансирования. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medicaid | | | Имя: | |  | | | | | Тел.: | | | |  | | | Email: | |  | | | | | |
| SSI | | | Имя: | |  | | | | | Тел.: | | | |  | | | Email: | |  | | | | | |
| WIC | | | Имя: | |  | | | | | Тел.: | | | |  | | | Email: | |  | | | | | |
| другое: | | | Имя: | |  | | | | | Тел.: | | | |  | | | Email: | |  | | | | | |
| 1. **Уведомление семьи о причине запроса номера социального обеспечения (ITP):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Программа штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста (ITP) должна запросить номер социального страхования финансово ответственного взрослого детей, зарегистрированных в ITP. ITP просит вас предоставить свой номер социального страхования для выполнения наших юридических обязательств перед штатом в соответствии с Общим уставом штата Северная Каролина N.C.G.S. 105A-3 и N.C.G.S. 147-86.21 в случае необходимости взыскания с вас задолженности перед этим Агентством. * Федеральное законодательство и законы штата защищают конфиденциальность и безопасность вашего номера социального страхования, и Агентство не будет разглашать ваш номер социального страхования для каких-либо иных целей, кроме взыскания задолженности, за исключением случаев, предусмотренных Законом. Агентство работало над тем, чтобы свести к минимуму использование номеров социального страхования в рабочей практике. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Информация о семейном подразделении:** | | | | | | | | | | | 1. **For CDSA Business Office Use Only** | | | | | | | | | | | | | |
| Перечислите всех членов семьи, в соответствии с определением Программы. Сначала перечислите взрослых, имеющих доход, затем перечислите детей, других родственников указывая их возраст (в соответствии с определением Программы) | | | | | | | | | | | Enter the Social Security Number of the Responsible Parent or Guardian:  **-** **-** | | | | | | | | | | | | | |
| *Имя* | | | |  | |  | | | | | *Income Verification Documents* | | | | | *Gross Income* | | | | | *Adjusted Gross (AGI)* | | | |
| Взрослые: | | | | *Отношение* | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| Дети: | | | | *Отношение* | | *Текущий возраст* | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | 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** | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| Мне объяснили, почему ITP должна запрашивать номер социального страхования финансово ответственного взрослого детей, зарегистрированных в программе для младенцев и детей ясельного возраста. Своей подписью ниже я удостоверяю, что предоставленная выше информация об участии в программе и семейной ячейке верна, насколько мне известно и насколько я уверен, и что я понимаю причину, по которой ITP запрашивает информацию о размере семьи и номер социального страхования финансово ответственного взрослого. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | |  | | | |  | | | | | |  | |  | |
| Подпись родителя/опекуна | | | | | | |  | | Дата | |  | | Подпись представителя ITP | | | | | | | |  | | Дата | |