|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| ***برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية*** | |

***المراجعة المالية والتكيف مع الصعوبات***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **معلومات العميل:** | | | | | |
| اسم مقدم الطلب: |  | | تاريخ الطلب: | |  |
| عنوان الشارع: |  | | اسم الطفل: | |  |
| المدينة، الولاية، الرمز البريدي: |  | | تاريخ ميلاد الطفل: | |  |
| رقم هاتف المنزل: |  | | منسق الخدمة: | |  |
| رقم الهاتف الآخر: |  | |  | |  |
|  | | | | | |
| **معلومات بشأن المشقة:** | | | | | |
| ***الفئة:*** | | ***الوثائق المقدمة*** | | ***تأثير الخسارة/ أو التكلفة*** | |
| **فقدان المسكن** | |  | |  | |
| **فقدان الوظيفة** | |  | |  | |
| **التكاليف الطبية الباهظة** | |  | |  | |
| *(يرجى الاطلاع على الأسئلة الشائعة (FAQ) المتعلقة بتسوية وتسوية المشقة - برنامج ITP لمزيد من المعلومات وإرفاق وثائق التحقق على النحو المطلوب)* | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***For CDSA Business Office Use Only*** | | | **Date Completed Application Received:** | | | |
| Current AGI: | | Current SFS Percentage: | | | | Date of Previous Determination: |
| Current Gross Cap: | | | Adjusted AGI (if applicable): | | | |
| Recommend Adjustment as outlined below: | | | DO NOT recommend adjustment; maintain current SFS%. | | | |
| **Adjusted SFS%:** |  | | Reason(s) not approved: | | | |
| **Gross Cap:** |  | |  | | | |
| **Date Recommended:** |  | |
| **Adjustment Time Frame:** |  | |
| **Required Review Date:** |  | |
|  | | | | | | |
| ***For CDSA Director’s Use Only*** | | | | | | |
| Approve Adjustment as recommended above | | | Decline adjustment; maintain current SFS%. | | | |
| Approve adjustment with changes below | | | Reason(s) not approved: | | | |
| **Adjusted SFS%:** |  | |  | | | |
| **Gross Cap:** |  | |
| **Date Recommended:** |  | |
| **Adjustment Time Frame:** |  | |
| **Required Review Date:** |  | |
|  | | | |  |  | |
| CDSA Director’s Signature | | | |  | Date | |