|  |  |
| --- | --- |
| ***北卡羅來納州嬰幼兒計畫*** *(North Carolina Infant-Toddler Program, NC ITP)* |  |

***財務審查與財務困難調整申請***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **客戶資訊：** | | | | | | | | | | | |
| 申請人姓名： | |  | | | | | | 申請日期： | | |  |
| 街道地址： | |  | | | | | | 兒童姓名： | | |  |
| 城市、州別、郵遞區號： | |  | | | | | | 兒童出生日期： | | |  |
| 住家電話： | |  | | | | | | 服務協調員： | | |  |
| 其他電話： | |  | | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| **財務困難資訊：** | | | | | | | | | | | |
| ***類別*** | | | | ***提供的文件*** | | | | | | ***損失和/或成本的影響*** | |
| **失去住所** | | | |  | | | | | |  | |
| **失業** | | | |  | | | | | |  | |
| **高昂的醫療費用** | | | |  | | | | | |  | |
| *（請參閱 ITP 財務困難調整常見問題以取得更多資訊，並根據要求附上驗證文件）* | | | | | | | | | | | |
| ***僅供 CDSA 業務辦公室使用*** | | | | | **收到完整申請表的日期：** | | | | | | |
| 目前 AGI： | | | 目前 SFS 百分比： | | | | | | 上次判定日期： | | |
| 目前總額上限： | | | | | 調整後 AGI（如適用）： | | | | | | |
| 建議進行以下調整： | | | | | 不建議調整；請維持目前的 SFS%。 | | | | | | |
| **調整後的 SFS 百分比：** |  | | | | 未獲核准原因： | | | | | | |
| **總上限：** |  | | | |  | | | | | | |
| **推薦日期：** |  | | | |  | | | | | | |
| **調整時間範圍：** |  | | | |  | | | | | | |
| **必要審核日期：** |  | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ***僅供 CDSA 主任使用*** | | | | | | | | | | | |
| 依上述建議核准調整 | | | | | 拒絕調整；維持目前的 SFS%。 | | | | | | |
| 核准以下調整 | | | | | 未獲核准原因： | | | | | | |
| **調整後的 SFS 百分比：** |  | | | |  | | | | | | |
| **總上限：** |  | | | |  | | | | | | |
| **推薦日期：** |  | | | |  | | | | | | |
| **調整時間範圍：** |  | | | |  | | | | | | |
| **必要審核日期：** |  | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | | | | |
| CDSA 主任簽名 | | | | | |  | 日期 | | | | |