|  |  |
| --- | --- |
| ***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 |