|  |  |
| --- | --- |
| *Programme pour nourrissons et enfants en bas âge de Caroline du Nord* |  |

*Demande de révision de la situation financière et d’un ajustement en cas de difficultés*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informations sur le client :** | | | | | | | | | | | |
| Nom du demandeur : |  | | | | | | Date de la demande : | | | |  |
| Rue : |  | | | | | | Nom de l’enfant : | | | |  |
| Ville, État, code postal : |  | | | | | | Date de naissance de l’enfant : | | | |  |
| Téléphone du domicile : |  | | | | | | Coordinateur du service : | | | |  |
| Autre téléphone : |  | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Informations sur les difficultés :** | | | | | | | | | | | |
| ***Catégorie*** | | | | ***Documentation fournie*** | | | | | | ***Effet de la perte et/ou du coût*** | |
| **Perte du logement** | | | |  | | | | | |  | |
| **Perte d’emploi** | | | |  | | | | | |  | |
| **Frais médicaux importants** | | | |  | | | | | |  | |
| *(Pour plus d’informations, consultez la FAQ de l’ITP sur l’ajustement en cas de difficultés et joindre les documents de vérification nécessaires.)* | | | | | | | | | | | |
| ***Réservé à l’usage du bureau de la CDSA*** | | | | | **Date de réception de la demande complète :** | | | | | | |
| AGI actuel : | | | Pourcentage SFS actuel : | | | | | | Date de la décision précédente : | | |
| Cap. brut actuel : | | | | | AGI ajusté (le cas échéant) : | | | | | | |
| Recommandation d’ajustement comme indiqué ci-dessous : | | | | | NE PAS recommander d’ajustement ; maintenir le %SFS actuel. | | | | | | |
| **%SFS ajusté :** | |  | | | Motif(s) de refus : | | | | | | |
| **Plafond brut :** | |  | | |  | | | | | | |
| **Date de recommandation :** | |  | | |  | | | | | | |
| **Période d’ajustement :** | |  | | |  | | | | | | |
| **Date de révision requise :** | |  | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ***À l’usage exclusif du directeur de la CDSA*** | | | | | | | | | | | |
| Approuver l’ajustement comme recommandé ci-dessus | | | | | Refuser l’ajustement ; maintenir le %SFS actuel. | | | | | | |
| Approuver l’ajustement avec les modifications ci-dessous | | | | | Motif(s) de refus : | | | | | | |
| **%SFS ajusté :** | |  | | |  | | | | | | |
| **Plafond brut :** | |  | | |  | | | | | | |
| **Date de recommandation :** | |  | | |  | | | | | | |
| **Période d’ajustement :** | |  | | |  | | | | | | |
| **Date de révision requise :** | |  | | |  | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  | | | |
| Signature du directeur de la CDSA | | | | | |  | | Date | | | |