|  |  |
| --- | --- |
| ***उत्तरी कैरोलिना इन्फ़ेंट-टॉडलर कार्यक्रम*** |       |

***वित्तीय समीक्षा और कठिनाई समायोजन आवेदन***

|  |
| --- |
| **ग्राहक की जानकारी:** |
| आवेदक का नाम: |       | आवेदन की तिथि: |       |
| गली का पता: |       | बच्चे का नाम: |       |
| शहर, राज्य, ज़िप: |       | बच्चे के जन्म की तिथि: |       |
| घर का फ़ोन: |       | सेवा समन्वयक: |       |
| अन्य फ़ोन: |       |       |       |
|  |
| **कठिनाई के बारे में जानकारी:** |
| ***श्रेणी*** | ***उपलब्ध कराए गए दस्तावेज़*** | ***हानि और/या लागत का प्रभाव*** |
| **घर का नुकसान** |       |       |
| **नौकरी चली गई** |       |       |
| **व्यापक चिकित्सीय लागत** |       |       |
| *(कृपया अधिक जानकारी के लिए ITP कठिनाई समायोजन संबंधी अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न देखें और आवश्यकतानुसार सत्यापन दस्तावेज़ संलग्न करें)* |
| ***केवल CDSA बिज़नेस ऑफिस इस्तेमाल के लिए*** | **पूर्ण आवेदन प्राप्त होने की तिथि:**  |
| वर्तमान AGI:       | वर्तमान SFS प्रतिशत:       | पिछले निर्धारण की तिथि:       |
| वर्तमान सकल कैप:       | समायोजित AGI (अगर लागू हो):       |
| [ ]  नीचे बताए गए अनुसार समायोजन की अनुशंसा करते हैं: | [ ]  समायोजन की अनुशंसा नहीं करते; वर्तमान SFS% बनाए रखें। |
| **समायोजित SFS%:** |       | स्वीकृत नहीं होने के कारण: |
| **सकल कैप:** |       |       |
| **अनुशंसित तिथि:** |       |  |
| **समायोजन की समय सीमा:** |       |  |
| **आवश्यक समीक्षा तिथि:** |       |  |
|  |
| ***केवल CDSA निदेशक के उपयोग के लिए*** |
| [ ]  ऊपर अनुशंसित अनुसार समायोजन को स्वीकृत करें | [ ]  समायोजन अस्वीकार करें; वर्तमान SFS% को बनाए रखें। |
| [ ]  नीचे दिए गए बदलावों के साथ समायोजन को स्वीकृति दें | स्वीकृत नहीं होने के कारण: |
| **समायोजित SFS%:** |       |       |
| **सकल कैप:** |       |  |
| **अनुशंसित तिथि:** |       |  |
| **समायोजन की समय सीमा:** |       |  |
| **आवश्यक समीक्षा तिथि:** |       |  |
|       |  |       |
| CDSA निदेशक के हस्ताक्षर |  | तारीख |