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