|  |  |
| --- | --- |
| **उत्तरी केरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम** |  |

**वित्तीय समीक्षा और कठिनाई समायोजन आवेदन**

|  |
| --- |
| **ग्राहक की सूचना:** |
| आवेदक का नाम: |       | आवेदन की तारीख: |       |
| गली का पता: |       | बच्चे का नाम: |       |
| शहर, राज्य, ज़िप: |       | बच्चे की जन्म तारीख: |       |
| घर का फोन: |       | सेवा समन्वयक: |       |
| अन्य फोन: |       |       |       |
|  |
| कठिनाई सूचना: |
| *श्रेणी* | *दस्तावेज़ीकरण प्रदान किया गया* | *नुकसान और लागत का प्रभाव* |
| घर का नुकसान |       |       |
| नौकरी का नुकसान |       |       |
| ***व्यापक चिकित्सा लागत*** |       |       |
| *((कृपया अधिक जानकारी के लिए ITP कठिनाई समायोजन अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न (FAQ) देखें और आवश्यकतानुसार सत्यापन दस्तावेज संलग्न करें)* |
| ***For CDSA Business Office Use Only*** | **Date Completed Application Received:**  |
| Current AGI:       | Current SFS Percentage:       | Date of Previous Determination:       |
| Current Gross Cap:       | Adjusted AGI (if applicable):       |
| [ ]  Recommend Adjustment as outlined below: | [ ]  DO NOT recommend adjustment; maintain current SFS%. |
| **Adjusted SFS%:** |       | **कारण (कारणों) स्वीकृत नहीं:** |
| **Gross Cap:** |       |       |
| **Date Recommended:** |       |  |
| **Adjustment Time Frame:** |       |  |
| **Required Review Date:** |       |  |
|  |
| ***For CDSA Business Office Use Only*** |
| [ ]  Approve Adjustment as recommended above | [ ]  Decline adjustment; maintain current SFS%. |
| [ ]  Approve adjustment with changes below | Reason(s) not approved: |
| **Adjusted SFS%:** |       |       |
| **Gross Cap:** |       |  |
| **Date Recommended:** |       |  |
| **Adjustment Time Frame:** |       |  |
| **Required Review Date:** |       |  |
|       |  |       |
| CDSA Director’s Signature |  | Date |