|  |  |
| --- | --- |
| ***노스캐롤라이나 영유아 프로그램*** |       |

***재정 검토 및 생활고 조정 신청***

|  |
| --- |
| **고객 정보:** |
| 지원자 이름: |       | 신청일자: |       |
| 거리 주소: |       | 아동의 이름: |       |
| 도시, 주, 우편번호: |       | 아동의 생년월일: |       |
| 집 전화: |       | 서비스 코디네이터: |       |
| 기타 전화: |       |       |       |
|  |
| **생활고 정보:** |
| ***범주*** | ***제공된 문서*** | ***손실 및/또는 비용의 영향*** |
| **주택 상실** |       |       |
| **실업** |       |       |
| **막대한 의료비** |       |       |
| *(자세한 내용은 ITP 생활고 조정 FAQ를 참조하고 필요한 경우 확인 서류를 첨부하세요)* |
| ***CDSA 비즈니스 사무실 전용*** | **완성된 신청서를 받은 날짜:**  |
| 현재 AGI:       | 현재 SFS 비율:       | 이전 결정 날짜:       |
| 현재 총계 한도:       | 조정된 AGI(해당하는 경우):       |
| [ ]  아래와 같이 조정을 권장합니다. | [ ]  조정을 권장하지 않습니다. 현재 SFS%를 유지합니다. |
| **조정된 SFS%:** |       | 승인되지 않은 이유: |
| **총계 한도:** |       |       |
| **추천 날짜:** |       |  |
| **조정 기간:** |       |  |
| **필수 검토 날짜:** |       |  |
|  |
| ***CDSA 이사 전용*** |
| [ ]  위에서 권장한 대로 조정을 승인합니다. | [ ]  조정을 거부합니다. 현재 SFS%를 유지합니다. |
| [ ]  아래 변경 사항을 적용하여 조정을 승인합니다. | 승인되지 않은 이유: |
| **조정된 SFS%:** |       |       |
| **총계 한도:** |       |  |
| **추천 날짜:** |       |  |
| **조정 기간:** |       |  |
| **필수 검토 날짜:** |       |  |
|       |  |       |
| CDSA 이사 서명 |  | 날짜 |