|  |  |
| --- | --- |
| *Программа для младенцев и детей ясельного возраста в штате Северная Каролина:* |  |

*заявка на финансовый обзор и корректировку в связи с финансовыми затруднениями*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Информация о клиенте:** | | | | | | | | | | |
| Имя заявителя: |  | | | | | | Дата подачи заявки: | | |  |
| Адрес: |  | | | | | | Имя ребенка: | | |  |
| Город, штат, почтовый индекс: |  | | | | | | Дата рождения ребенка: | | |  |
| Домашний телефон: |  | | | | | | Координатор услуг: | | |  |
| Другой телефон: |  | | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **Информация о финансовых затруднениях:** | | | | | | | | | | |
| ***Категория*** | | | ***Предоставленная документация*** | | | | | | ***Влияние убытков и/или расходов*** | |
| **Потеря дома** | | |  | | | | | |  | |
| **Потеря работы** | | |  | | | | | |  | |
| **Существенные расходы на медицинское обслуживание** | | |  | | | | | |  | |
| *(Дополнительную информацию см. в разделе «Часто задаваемые вопросы о корректировке оплаты услуг ITP в связи с финансовыми затруднениями» и приложите подтверждающую документацию.)* | | | | | | | | | | |
| ***Только для служебного использования в CDSA*** | | | | | **Дата получения заполненной заявки:** | | | | | |
| Текущий AGI: | | Текущий процент SFS: | | | | | | Дата предыдущего определения: | | |
| Текущий валовой капитал: | | | | | Скорректированный AGI (если применимо): | | | | | |
| Рекомендуется корректировка с такими условиями: | | | | | ОТКАЗ в корректировке; удержание текущего процента SFS. | | | | | |
| **Скорректированный процент SFS:** | | | |  | Причины отказа: | | | | | |
| **Валовой капитал:** | | | |  |  | | | | | |
| **Рекомендуемая дата:** | | | |  |  | | | | | |
| **Сроки корректировки:** | | | |  |  | | | | | |
| **Назначенная дата проверки:** | | | |  |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ***Только для использования директором CDSA*** | | | | | | | | | | |
| Одобрить корректировку, как рекомендовано выше | | | | | Отклонить корректировку; сохранить текущий процент SFS | | | | | |
| Одобрить корректировку с изменениями, указанными ниже | | | | | Причины отказа: | | | | | |
| **Скорректированный процент SFS:** | | | |  |  | | | | | |
| **Валовой капитал:** | | | |  |  | | | | | |
| **Рекомендуемая дата:** | | | |  |  | | | | | |
| **Сроки корректировки:** | | | |  |  | | | | | |
| **Назначенная дата проверки:** | | | |  |  | | | | | |
|  | | | | | |  |  | | | |
| Подпись директора CDSA | | | | | |  | Дата | | | |