|  |  |
| --- | --- |
| ***Программа штата Северная Каролина для младенцев и*** |  |

***детей ясельного возраста Заявление о финансовом обзоре и урегулировании затруднений***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Информация о клиенте:** | | | | | | | | | | | |
| Имя заявителя: | | |  | | | | Дата подачи заявки: | | |  | |
| Адрес улицы: | | |  | | | | Имя ребенка: | | |  | |
| Город, штат, почтовый индекс: | | |  | | | | Дата рождения ребенка: | | |  | |
| Домашний телефон: | | |  | | | | Координатор службы: | | |  | |
| Другой телефон: | | |  | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Hardship Information:** | | | | | | | | | | | |
| ***Категория*** | | | ***Предоставляемая документация*** | | | | | | ***Влияние убытков и/или затрат*** | | |
| **Потеря дома** | | |  | | | | | |  | | |
| **Потеря работы** | | |  | | | | | |  | | |
| **Обширные медицинские расходы** | | |  | | | | | |  | | |
| *(Пожалуйста, ознакомьтесь с разделом часто задаваемые вопросы (ЧЗВ) о корректировке сложности ITP для получения дополнительной информации и при необходимости приложите подтверждающую документацию.)* | | | | | | | | | | | |
| ***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%:** |  | | | Reason(s) not approved: | | | | | | |
| **Gross Cap:** |  | | |  | | | | | | |
| **Date Recommended:** |  | | |  | | | | | | |
| **Adjustment Time Frame:** |  | | |  | | | | | | |
| **Required Review Date:** |  | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ***For CDSA Director’s 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 | | | | |