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