|  |  |
| --- | --- |
| ***Chương trình dành cho Trẻ sơ sinh-Trẻ mới biết đi của tiểu bang Bắc Carolina*** |  |

***Đánh giá Tài chính và Đơn xin Điều chỉnh do Hoàn cảnh Khó khăn***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thông tin Khách hàng:** | | | | | | | | | | | |
| Tên của Người nộp đơn: | |  | | | | | | Ngày Nộp đơn: | | |  |
| Địa chỉ Đường phố: | |  | | | | | | Tên của Trẻ: | | |  |
| Thành phố, Tiểu bang, Zip: | |  | | | | | | Ngày sinh của Trẻ: | | |  |
| Số điện thoại Nhà: | |  | | | | | | Điều phối viên Dịch vụ: | | |  |
| Số điện thoại Khác: | |  | | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Thông tin về Hoàn cảnh Khó khăn:** | | | | | | | | | | | |
| ***Hạng mục*** | | | | ***Tài liệu được Cung cấp*** | | | | | ***Ảnh hưởng của Tổn thất và/hoặc Chi phí*** | | |
| **Mất Nhà ở** | | | |  | | | | |  | | |
| **Mất Việc làm** | | | |  | | | | |  | | |
| **Chi phí Y tế Lớn** | | | |  | | | | |  | | |
| *(Vui lòng xem Các Câu hỏi Thường gặp (FAQ) về Điều chỉnh do Hoàn cảnh khó khăn của ITP để biết thêm thông tin và đính kèm tài liệu xác minh theo yêu cầu)* | | | | | | | | | | | |
| ***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 | | | | |