|  |
| --- |
|       |

#### *برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية*

#### *إصدار الفواتير والإذن بسداد تكاليف خدمات الرعاية المؤقتة*

|  |
| --- |
|  |
| **القسم الأول: معلومات عامة – يتم ملؤها بواسطة منسق خدمة التدخل المبكر (EISC) وولي الأمر/الوصي:** |
|  |
| وكالة CDSA المانحة للتصريح: |       | العنوان: |       |
| عنوان المراسلة:  |       |
|  |  |
| اسم الطفل: |       |       |     | تاريخ الميلاد: |       | رقم معرّف HSIS: |       |
|  | الأول | العائلة | الأوسط |  | شهر/يوم/سنة |
| ولي الأمر/الوصي المصرح له بالدفع: |       |       |     |  |
|  | الأول | العائلة | الأوسط |  |
| رقم هاتف ولي الأمر/الوصي: |       |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| عنوان المراسلة: |       |       |    |       |       |
|  | الشارع | المدينة | الولاية | الرمز البريدي | المقاطعة التي يقيم فيها |
|  |  |
| اسم منسق خدمة التدخل المبكر (EISC):  |       |       | رقم هاتف EISC: |       |
|  | الأول | العائلة |  |  |
| تاريخ البدء المصرح به بخطة IFSP: |        | إلى  |       | تاريخ الانتهاء | عدد نتائج خطة IFSP: |       |
| (\*راجع التعليمات الخاصة بالتاريخ الذي يتعين استخدامه) | شهر/يوم/سنة |  | شهر/يوم/سنة |  |  |  |
|  |
| **القسم الثاني: إذن الموافقة على تكاليف خدمات الرعاية المؤقتة – يتم ملؤها بواسطة EISC واعتمادها من قبل موظف الشؤون المالية** |
|  | 5.00 دولارات أمريكية | **x** |       | **=** |       | **x** |       | **=** | دولار أمريكي      |  |
|  | السعر الأساسي  | النسبة السنوية لخدمة الأسرة (AFSP) |  | السعر بالساعة الخاص بالأسرة |  | ساعات الرعاية المؤقتة المسموح بها |  | الحد الأقصى لمبلغ السداد |  |
|       |  |       |
| توقيع EISC والتاريخ |  | توقيع موظف الشؤون المالية والتاريخ |
|  |
| **القسم الثالث: فاتورة خدمات الرعاية المؤقتة – يتم ملؤها شهريًا بواسطة ولي الأمر/الوصي** |
| لسداد التكاليف، املأ القسم الثالث بأكمله وأرسل هذا النموذج إلى EISC المعني بحالتك في وكالة CDSA (العنوان موضح أعلاه) ***في موعد أقصاه يوم عشرين* *من* *الشهر الذي تم تلقي الخدمة فيه****.* ***(بالنسبة للخدمات المقدّمة بعد يوم عشرين في الشهر، قدّم الفاتورة في الشهر التالي)***يمكنك الحصول على نماذج إضافية من EISC الخاص بك حسب الحاجة. |
| **اسم مقدم الرعاية المؤقتة** (يُرجى كتابة الاسم بأحرف واضحة) | **تاريخ الخدمة** | **وقت البدء**(ضع دائرة على صباحًا أو مساءً) | **وقت الانتهاء**(ضع دائرة على صباحًا أو مساءً) |
|       |       |       صباحًا / مساءً |       صباحًا / مساءً |
|       |       |       صباحًا / مساءً |       صباحًا / مساءً |
|       |       |       صباحًا / مساءً |       صباحًا / مساءً |
|       |       |       صباحًا / مساءً |       صباحًا / مساءً |
|       |       |       صباحًا / مساءً |       صباحًا / مساءً |
|       |       |       صباحًا / مساءً |       صباحًا / مساءً |
| **أقر بأن طفلي تلقى خدمات الرعاية المؤقتة في التواريخ والأوقات المذكورة أعلاه.** |
|       |  |       |
| توقيع ولي الأمر/الوصي |  | تاريخ الإرسال إلى EISC لسداد التكاليف |
|  |
| **القسم الرابع: الإذن بسداد التكاليف - يتم ملؤه بواسطة موظف الشؤون المالية** |
|  |       | **x** |  | **=** | دولار أمريكي       |  |       |
|  | إجمالي الساعات |  | السعر بالساعة |  | إجمالي مبلغ السداد |  | توقيع موظف الشؤون المالية وتاريخ دفع مبلغ السداد |
|  |  |  |