|  |
| --- |
|  |

#### *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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |