|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

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

#### *الفوترة والإذن بسداد تكاليف خدمات الرعاية المؤقتة*

|  |
| --- |
|  |
| **Section 1: General Information – to be Completed by Early Intervention Service Coordinator (EISC) and Parent/Guardian****القسم الأول: معلومات عامة - يتم إكمالها بواسطة منسق (EISC) وولي الأمر / الوصي** |
|  |
| وكالة CDSA المانحة للإذن:  |       | العنوان: |       |
| عنوان البريد: : |       |
|  |  |
| اسم الطفل: |       |       |     | تاريخ الميلاد: |       | HSIS ID #: |       |
|  | الاسم الأخير:  | الاسم الأول: | الاسم الأوسط: |  | يوم / شهر / سنة |
| الوالد/ الوصي المخول له بالمدفوعات: |       |       |     |  |
|  | الأخير | الاسم الأول: | الاسم الأوسط: |  |
| رقم هاتف الوالد/ الوصي: |       |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| عنوان البريد: |       |       |    |       |       |
|  | الشارع | المدينة | الولاية | الرمز البريدي | بلد الإقامة: |
|  |  |
| اسم منسق (EISC):  |       |       | رقم هاتف EISC: |       |
|  | الاسم الأخير: | الاسم الأول: |  |  |
| تاريخ البدء المصرح به بخطة IFSP: |        | إلى  |       | تاريخ الانتهاء | رقم النتائج - خطة FSP: |    |
| (\*see instructions for date to use) | **يوم / شهر / سنة** |  |  | **يوم / شهر / سنة**  |  |  |
|  |
| **Section 2: Respite Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer****القسم الثاني: إذن الموافقة على تكاليف خدمات الرعاية المؤقتة - يتم إكمالها من قبل خطة EISC واعتمادها من قبل موظف الشؤون المالية** |
|  | 5.00 دولار أمريكي | **×** |       | **=** |       | **×** |       | **=** |  دولار أمريكي      |  |
|  | Base Rate **/ السعر الأساسي** | Annual Family Service Percentage **/ النسبة السنوية لخدمة الأسرة (AFSP)** |  | Family’s Hourly Rate **/ معدل سفر العائلة** |  | Respite Hours Authorized **/ ساعات الرعاية المؤقتة المسموح بها** |  | Maximum Reimbursement **/ الحد الأقصى لمدفوعات السداد** |  |
|       |  |       |
| التوقيع والتاريخ لمسؤول خطة EISC |  | توقيع وتاريخ موظف الشؤون المالية  |
|  |
| **Section 3: Invoice for Respite Services – to be Completed Monthly by Parent/Guardian****القسم الثالث: فاتورة خدمات الرعاية المؤقتة - يتم إكمالها شهريًا من قبل ولي الأمر / الوصي** |
| فيما يتعلق بمبالغ السداد، يتعين إتمام القسم الثالث بالكامل وأرسل هذا النموذج إلى منسق EISC الخاص بك في وكالة CDSA (العنوان الموضح أعلاه) **في موعد لا يتجاوز اليوم العشرين من الشهر الذي حدثت فيه الخدمة. *(للخدمات التي حدثت بعد اليوم العشرين من الشهر، برجاء تقديم الفاتورة في الشهر الذي يليه.)*** يمكنك الحصول على المزيد من المعلومات من خلال منسق EISC الخاص بك حسب الحاجة. |
| اسم موفر خدمات الرعاية المؤقتة (برجاء طباعتها بتفاصيل مقروءة واضحة) | **تاريخ الخدمة:** | **توقيت البدء:**(حدد دائرة على "صباحاً" أو "مساءً") | **توقيت الانتهاء:**(حدد دائرة على "صباحاً" 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 الوالد/الوصي |  | تاريخ الإرسال إلى منسق EISC لسداد التكلفة المدفوعة  |
|  |

|  |
| --- |
| **Section 4: Reimbursement Authorization – to be Completed by Finance Officer****القسم الرابع: الإذن بسداد التكاليف - يتم استكمال هذا القسم بمعرفة موظف الشؤون المالية** |
|  |       | **x** |  | **=** | دولار دولار أمريكي      |  |       |
|  | Total Hours / إجمالي عدد الساعات |  | Hourly Rate / سعر الساعة |  | Total Reimbursement /إجمالي مبلغ السداد |  | Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date *توقيع موظف الشؤون المالية وتاريخ دفع مبلغ السداد* |
|  |  |  |