|  |
| --- |
|       |

#### *उत्तरी कैरोलिना इन्फ़ेंट-टॉडलर प्रोग्राम*

#### *राहत प्रतिपूर्ति प्राधिकरण और चालान*

|  |
| --- |
|  |
| **सेक्शन 1: सामान्य जानकारी – प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा समन्वयक (EISC) और माता-पिता/अभिभावक द्वारा पूरी की जानी है**: |
|  |
| CDSA को अधिकृत करना: |       | पता: |       |
| डाक पता:  |       |
|  |  |
| बच्चे का नाम: |       |       |     | जन्मतिथि: |       | HSIS ID #: |       |
|  | अंतिम | पहला | M.I. |  | माह / दिन / वर्ष |
| भुगतान के लिए अधिकृत माता-पिता/अभिभावक: |       |       |     |  |
|  | अंतिम | पहला | M.I. |  |
| माता-पिता/अभिभावक का फ़ोन नंबर: |       |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| डाक पता: |       |       |    |       |       |
|  | गली | शहर | राज्य | ज़िप कोड | आवासीय प्रांत |
|  |  |
| EISC का नाम:  |       |       | EISC का फ़ोन नंबर: |       |
|  | अंतिम | पहला |  |  |
| IFSP प्राधिकृत आरंभ तिथि: |        | प्रति  |       | अंतिम तिथि | IFSP परिणाम संख्या: |       |
| (\*उपयोग की तिथि के लिए निर्देश देखें) | माह / दिन / वर्ष |  | माह / दिन / वर्ष  |  |  |  |
|  |
| **सेक्शन 2: मोहलत प्राधिकरण अनुमोदन – EISC द्वारा पूरा किया जाना और वित्त अधिकारी द्वारा अनुमोदित किया जाना है** |
|  | $5.00 | **x** |       | **=** |       | **x** |       | **=** | $      |  |
|  | आधार दर  | वार्षिक पारिवारिक सेवा प्रतिशत (AFSP) |  | परिवार की प्रति घंटा दर |  | प्राधिकृत विश्राम घंटे |  | अधिकतम प्रतिपूर्ति |  |
|       |  |       |
| EISC हस्ताक्षर और तिथि |  | वित्त अधिकारी के हस्ताक्षर और दिनांक |
|  |
| **सेक्शन 3: मोहलत सेवाओं के लिए चालान – माता-पिता/अभिभावक द्वारा मासिक रूप से पूरा किया जाना है** |
| प्रतिपूर्ति के लिए, सेक्शन 3 की सभी शर्तें पूरी करें और इस फ़ॉर्म को CDSA (उपर्युक्त पता) में अपने EISC को ***उस महीने की 20 तारीख* *से पहले* *जमा कर दें* *जिसमें सेवा प्रदान की गई थी।*** ***(20******तारीख के बाद प्रदान की गई सेवाओं के लिए, अगले महीने में चालान प्रस्तुत करें।)***आप आवश्यकतानुसार अपने EISC से अतिरिक्त फ़ॉर्म प्राप्त कर सकते हैं। |
| **राहत प्रदाता का नाम** (कृपया स्पष्ट रूप से प्रिंट करें) | **सेवा की तिथि** | **शुरू होने का समय**(पूर्वाह्न या अपराह्न पर गोला लगाएं) | **समाप्ति समय**(पूर्वाह्न या अपराह्न पर गोला लगाएं) |
|       |       |       पूर्वाह्न / अपराह्न |       पूर्वाह्न / अपराह्न |
|       |       |       पूर्वाह्न / अपराह्न |       पूर्वाह्न / अपराह्न |
|       |       |       पूर्वाह्न / अपराह्न |       पूर्वाह्न / अपराह्न |
|       |       |       पूर्वाह्न / अपराह्न |       पूर्वाह्न / अपराह्न |
|       |       |       पूर्वाह्न / अपराह्न |       पूर्वाह्न / अपराह्न |
|       |       |       पूर्वाह्न / अपराह्न |       पूर्वाह्न / अपराह्न |
| **मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरे बच्चे को उपरोक्त तिथियों और समय पर मोहलत सेवाएं प्राप्त हुईं।** |
|       |  |       |
| माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर |  | प्रतिपूर्ति के लिए EISC को भेजे जाने की तिथि |
|  |
| **सेक्शन 4: प्रतिपूर्ति प्राधिकरण – वित्त अधिकारी द्वारा पूरा किया जाना है** |
|  |       | **x** |  | **=** | $       |  |       |
|  | कुल घंटे |  | प्रति घंटा दर |  | कुल प्रतिपूर्ति |  | प्रतिपूर्ति को अधिकृत करने वाले वित्त अधिकारी के हस्ताक्षर और तिथि |
|  |  |  |