|  |
| --- |
|       |

***उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम***

***मोहलत प्रतिपूर्ति प्राधिकरण और चालान***

|  |
| --- |
|  |
| **Section 1: General Information – to be Completed by Early Intervention Service Coordinator (EISC) and Parent/Guardian**अनुभाग 1: सामान्य जानकारी - प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा समन्वयक (**EISC**) और माता-पिता/अभिभावक द्वारा पूरी की जानी है |
|  |
| CDSA को अधिकृत करना: |       | पता: |       |
| मेल के पते: : |       |
| बच्चे का नाम: |       |       |     | जन्मदिन का तारीख: |       | HSIS ID #: |       |
|  | अंतिम | पहला  | प्रबंधन सूचना (एमआई) |  | महीना /दिन /साल |
| भुगतान के लिए प्राधिकृत माता-पिता/अभिभावक: |       |       |     |  |
|  | अंतिम | पहला | प्रबंधन सूचना (एमआई) |
| माता-पिता/अभिभावक का फ़ोन नंबर: |       |  |  |  |
| मेल के पते:: |       |       |    |       |       |
|  | गली | शहर | राज्य | ज़िप कोड | आवासीय प्रांत |
| EISC का नाम |       |       | EISC फोन नंबर: |       |
|  | अंतिम | पहला |  |  |
| IFSP प्राधिकृत प्रारंभ दिनांक: |        |  |       | अंतिम तिथि | IFSP परिणाम संख्या: |    |
| (\*see instructions for date to use) | महीना /दिन /साल |  | महीना /दिन /साल |  |  |  |
|  |
| **Section 2: Respite Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer****अनुभाग 2: मोहलत प्राधिकरण अनुमोदन - EISC द्वारा पूरा किया जाना है और वित्त अधिकारी द्वारा अनुमोदित है** |
|  | $5.00 | **x** |       | **=** |       | **x** |       | **=** |  $      |  |
|  | Base Rate / न्यूनतम दर | Annual Family Service Percentage / वार्षिक पारिवारिक सेवा प्रतिशत (AFSP) |  | *Family’s Hourly Rate / परिवार की प्रति घंटा की दर* |  | Respite Hours Authorized / *मोहलत के घंटे अधिकृत* |  | Maximum Reimbursement / अधिकतम प्रतिपूर्ति |  |
|       |  |       |
| EISC हस्ताक्षर और दिनांक |  | वित्त अधिकारी हस्ताक्षर और दिनांक |
|  |
| **Section 3: Invoice for Respite Services – to be Completed Monthly by Parent/Guardian****अनुभाग 3: मोहलत सेवाओं के लिए चालान - माता-पिता/अभिभावक द्वारा मासिक रूप से पूरा किया जाना है** |
| **प्रतिपूर्ति के लिए, सभी अनुभाग 3 को पूरा करें और इस फॉर्म को** CDSA **(उपरोक्त पता) पर अपने** EISC **में जमा करें** जिस महीने में सेवा हुई थी, उस महीने की 20 तारीख तक। (20 तारीख के बाद प्रदान की जाने वाली सेवाओं के लिए, अगले महीने में चालान जमा करें।)**आप आवश्यकतानुसार अपने** EISC **से अतिरिक्त फॉर्म प्राप्त कर सकते हैं।** |
| मोहलत प्रदाता का नाम (कृपया स्पष्ट रूप से प्रिंट करें) | सेवा की तारीख | समय शुरू**(सुबह या शाम सर्कल करें)** | अंत समय**(सुबह या शाम सर्कल करें)** |
|       |       |       सुबह/ शाम |       सुबह/ शाम |
|       |       |       सुबह/ शाम |       सुबह/ शाम |
|       |       |       सुबह/ शाम |       सुबह/ शाम |
|       |       |       सुबह/ शाम |       सुबह/ शाम |
|       |       |       सुबह/ शाम |       सुबह/ शाम |
|       |       |       सुबह/ शाम |       सुबह/ शाम |
| मैं प्रमाणित करता/करती हूं कि मेरे बच्चे को उपरोक्त तारीखों और समय पर मोहलत सेवाएं मिलीं। |
|       |  |       |
| माता - पिता / अभिभावक के हस्ताक्षर |  | प्रतिपूर्ति के लिए EISC को भेजी गई तिथि |
|  |
| **Section 4: Reimbursement Authorization – to be Completed by Finance Officer**अनुभाग 4: प्रतिपूर्ति प्राधिकरण - वित्त अधिकारी द्वारा पूरा किया जाना है |
|  |       | **x** |  | **=** | $       |  |       |
|  | Total Hours / प्रति घंटा की दर |  | Hourly Rate / प्रति घंटा की दर |  | Total Reimbursement / कुल प्रतिपूर्ति |  | Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date /प्रतिपूर्ति प्राधिकृत करने वाले वित्त अधिकारी के हस्ताक्षर और दिनांक |