|  |  |
| --- | --- |
| *노스캐롤라이나 영유아 프로그램* |  |

#### *임시 간호 상환 승인 및 청구서*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 1: General Information – to be Completed by Early Intervention Service Coordinator (EISC) and Parent/Guardian**  **섹션 1: 일반 정보 – 조기 개입 서비스 코디네이터 (EISC) 및 학부모/보호자가 작성** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 규제CDSA: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 주소: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 우편 주소: : | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 아이의 이름: | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | 생년월일: | | | |  | | | | | HSIS ID # | | | | | |  | | |
|  | | 마지막 | | | | | | | | | | | | 첫 번째 | | | | | | | | | | | | | 미 |  | | | | 월 / 일 / 일 | | | | | | | | | | | | | |
| 지불 승인을 받은 부모/보호자: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | 마지막 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 첫 번째 | | | | | | | | | | | | 미 | | |  | |
| 학부모/보호자 전화번호: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  |  | | | | |  | | | | | | | |
| 우편 주소: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  |  | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | 거리 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 도시 | | | | | | | | | | | 상태 | 우편 번호 | | | | | 거주 카운티 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 의 이름EISC: | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | EISC 전화번호: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | 마지막 | | | | | | | | | | | | 첫 번째 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| IFSP 승인된 시작 날짜: | | | | | | | | | |  | | | | | 에게 | | |  | | | | | | | 종료 날짜 | | | | | | IFSP 결과 번호: | | | | | | | | | | |  | | | |
| (\*see instructions for date to use) | | | | | | | | | | 월 / 일 / 일 | | | | |  | | | 월 / 일 / 일 | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 2: Respite Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer**  **섹션 2: 임시 간호 승인 승인 – EISC 가 작성하고 재무 담당자가 승인** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | $5.00 | | | **엑스** | |  | | | | | | | **=** | | |  | | | | | | **엑스** | |  | | | | | | | | | | | **=** | $ | | | | | | | | |  |
|  | Base Rate / *기준율* | | | | | Annual Family Service Percentage / *연간 가족 봉사 비율* (AFSP) | | | | | | |  | | | Family’s Hourly Rate / *가족 시급* | | | | | |  | | Respite Hours Authorized / *휴식 시간 승인됨* | | | | | | | | | | |  | Maximum Reimbursement / 최대 환급 | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EISC 서명 및 날짜 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | 재무 담당자 서명 및 날짜 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 3: Invoice for Respite Services – to be Completed Monthly by Parent/Guardian**  **섹션 3: 임시 간호 서비스 청구서 – 학부모/보호자가 매월 작성** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 환급을 받으려면 섹션 3을 모두 작성하고 이 양식을 ***서비스가 발생한 달의 20 일 까지*** CDSA (위 주소) 에EISC 에 의해 작성하여 제출하십시오. *(20 일 이후 제공되는 서비스의 경우* ***다음 달에 청구서를 제출하십시오.)*** 필요에 따라EISC 로부터 추가 양식을 받을 수 있습니다 . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **임시 간호 제공자 이름** (정자로 정자체로 기재) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **서비스 날짜** | | | | **시작 시간**  (오전 또는 오후에 동그라미) | | | | | | | | | **종료 시간**  (오전 또는 오후에 동그라미) | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 오전 오후 | | | | | | | | | 오전 오후 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 오전 오후 | | | | | | | | | 오전 오후 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 오전 오후 | | | | | | | | | 오전 오후 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 오전 오후 | | | | | | | | | 오전 오후 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 오전 오후 | | | | | | | | | 오전 오후 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 오전 오후 | | | | | | | | | 오전 오후 | | | | | | |
| **본인은 본인의 자녀가 위의 날짜와 시간에 위탁 간호 서비스를 받았음을 증명합니다.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 학부모/보호자 서명 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | 환급을 위해EISC가 작성하여 보낸 날짜 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 4: Reimbursement Authorization – to be Completed by Finance Officer**  **섹션 4: 환급 승인 - 재무 담당자 작성** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | **엑스** | |  | | | **=** | | $ | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Total Hours / *총 시간* | | | |  | | Hourly Rate / *시간당 요금* | | |  | | Total Reimbursement / *총 환급* | | | | | | | | | |  | Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date /  *재무 담당자 서명 환급 승인 및 날짜* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |