|  |
| --- |
|  |

#### *Программа штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста*

#### *Запрос на отсрочку платежа и оплатой счет-фактурой*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 1: General Information – to be Completed by Early Intervention Service Coordinator (EISC) and Parent/Guardian**  **Раздел 1: Общая информация – заполняет координатор службы раннего вмешательства (EISC) и родитель/опекун** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| разрешающее CDSA: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Адрес: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Почтовый адрес: : | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя ребенка: | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | Дата рождения: | | | | | |  | | | | | | | HSIS ID: | | | | |  | |
|  | | Фамилия | | | | | | | | | | | | | Имя | | | | | Средний инициал | | | | | | | | | |  | | | | | | ММ/ДД/ГГ | | | | | | | | | | | | | |
| Родитель/опекун, уполномоченный на оплату: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | Фамилия | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Имя | | | | | | | | Средний инициал | | | | | | | | |  |
| Номер телефона родителя/опекуна: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |
| Почтовый адрес: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | Улица | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Город | | | | | | | | | государство | | | | | | | | Почтовый индекс | | | | | место жительства | | |
| Название EISC: | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Номер телефона EISC: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | Фамилия | | | | | | | | | | | Имя | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Утвержденная дата начала действия IFSP: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | до | |  | | | | | | | | Дата окончания | | | | | | | Исходящий номер IFSP:: | | | | | | | | | | | | |  | |
| (\*see instructions for date to use) | | | | | | | | | | | | ММ/ДД/ГГ | | | | | |  | | | ММ/ДД/ГГ | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 2: Respite Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer**  **Раздел 2: Утверждение разрешения на отсрочку — заполняется EISC и утверждается финансовым директором.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| $5.00 | **x** | | | |  | | | | | | | | | **=** | |  | | | | | | | | | | | **x** | |  | | | | | | | | | | | | **=** | | | $ | | | | | |
| Base Rate / *Базовая ставка* | Family’s Hourly Rate / *Годовой процент обслуживания семьи (AFSP)* | | | | | | | | | | | | |  | | Почасовая оплата семьи / *Почасовая оплата семьи* | | | | | | | | | | |  | | Respite Hours Authorized / *Разрешенные часы отдыха* | | | | | | | | | | | |  | | | Maximum Reimbursement / Максимальное возмещение | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись и дата EISC | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Подпись и дата финансового директора | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Раздел 3: Счет за временные услуги – должен ежемесячно заполняться родителем/опекуном**  **Раздел 3: Счет за временные услуги – должен ежемесячно заполняться родителем/опекуном** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Для возмещения расходов заполните весь Раздел 3 и отправьте эту форму в свой EISC в CDSA (адрес указан выше) **не позднее 20-го числа месяца, в котором оказана услуга. (Для услуг, оказанных после 20-го числа, представьте счет в следующем месяце.)**  При необходимости вы можете получить дополнительные формы в своем EISC. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Прередоставляющий отсрочку**  (пожалуйста, напечатайте разборчиво) | | | | | | | | | | | **Дата обслуживания** | | | | | | | | | | | | | **Время начала**  (обведите кружком утром или вечером) | | | | | | | | | | | | | | | **Время окончания**  (обведите кружком утром или вечером) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | до полудня/ после полудня | | | | | | | | | | | | | | | до полудня/ после полудня | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | до полудня/ после полудня | | | | | | | | | | | | | | | до полудня/ после полудня | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | до полудня/ после полудня | | | | | | | | | | | | | | | до полудня/ после полудня | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | до полудня/ после полудня | | | | | | | | | | | | | | | до полудня/ после полудня | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | до полудня/ после полудня | | | | | | | | | | | | | | | до полудня/ после полудня | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | до полудня/ после полудня | | | | | | | | | | | | | | | до полудня/ после полудня | | | | | | | | | | |
| **Я подтверждаю, что мой ребенок получил временные услуги в указанные выше даты и время.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись родителя / опекуна | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Дата отправки в ESIC для возмещения | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 4: Reimbursement Authorization – to be Completed by Finance Officer**  **Раздел 4: Разрешение на возмещение – заполняется Финансовым сотрудником** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **x** | | |  | | | **=** | | $ | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total Hours / *общее количество часов* |  | | | Hourly Rate / *Почасовая ставка* | | |  | | Total Reimbursement / *Общая сумма возмещения* | | | | | | | | | | | | |  | | Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date /  *Подпись финансового директора, санкционирующая возмещение, и дата* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |