|  |
| --- |
|       |

#### *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* |