|  |
| --- |
|  |

#### *Chương trình dành cho Trẻ sơ sinh-Trẻ mới biết đi của tiểu bang Bắc Carolina*

#### *Ủy quyền Bồi hoàn Chăm sóc tạm thế & Hóa đơn*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 1: General Information – to be Completed by Early Intervention Service Coordinator (EISC) and Parent/Guardian**  **Mục 1: Thông tin Chung – được điền đầy đủ bởi Điều phối viên Dịch vụ Can thiệp Sớm (EISC) và Phụ huynh/Người giám hộ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ủy quyền cho CDSA: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Địa chỉ: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Địa chỉ Gửi thư: : | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tên của Trẻ: | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | Ngày sinh: | | | | | |  | | | | | | HSIS ID #: | | | | | |  | | | |
|  | | | | Họ | | | | | | | | | | | | Tên | | | | | | | | Viết tắt Tên đệm | | | | | |  | | | | | | | MM / DD / YY | | | | | | | | | | | | | |
| Phụ huynh/Người giám hộ Được ủy quyền cho khoản Thanh toán: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | Họ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tên | | | | | | | | | | | | | | | Viết tắt Tên đệm | |  | |
| Số Điện thoại của Phụ huynh/Người giám hộ: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |
| Địa chỉ Gửi thư: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | Đường | | | | | | | | | | | | | | | Thành phố | | | | | | | | | | | Tiểu bang | | | | | | | | | Mã vùng | | | | | | Quận Cư trú | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tên EISC: | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Điện thoại EISC: | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | Họ | | | | | | | | | | | | | | | Tên | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Ngày Bắt đầu Được ủy quyền IFSP: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | Tới | | |  | | | | | | Ngày Kết thúc | | | | | | | | | IFSP Kết quả Số: | | | | | | | | | | | |  | | |
| (\*see instructions for date to use) | | | | | | | | | | | | | MM / DD / YY | | | | |  | | | MM / DD / YY | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 2: Respite Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer**  **Mục 2: Phê duyệt Ủy quyền Chăm sóc tạm thế – do EISC Thực hiện và Nhân viên Tài chính Phê duyệt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 5,00 USD | | | | | **x** | |  | | | | | | | **=** | |  | | | | | | | | **x** | | |  | | | | | | | | | | | | | | **=** | | USD | | | | | |  |
|  | Base Rate / *Mức phí Cơ bản* | | Annual Family Service Percentage / *Tỷ lệ phần trăm Dịch vụ Gia đình Hàng năm* (AFSP) | | | | | | | | | | | |  | | Family’s Hourly Rate / *Mức phí Theo giờ của Gia đình* | | | | | | | |  | | | Respite Hours Authorized / *Số giờ Chăm sóc tạm thế Được ủy quyền* | | | | | | | | | | | | | |  | | Maximum Reimbursement / Bồi hoàn Tối đa | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EISC Chữ ký và Ngày | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | Chữ ký của Nhân viên Tài chính và Ngày | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 3: Invoice for Respite Services – to be Completed Monthly by Parent/Guardian**  **Mục 3: Hóa đơn cho Dịch vụ Chăm sóc tạm thế – do Phụ huynh/Người giám hộ Thực hiện Hàng tháng** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Để yêu cầu bồi hoàn, hãy hoàn tất toàn bộ Mục 3 và gửi biểu mẫu này tới EISC tại CDSA (địa chỉ trên) ***trước ngày 20 của tháng dịch vụ được cung cấp***. ***(Đối với các dịch vụ được cung cấp sau ngày 20, vui lòng nộp hóa đơn vào tháng sau.)*** Quý vị có thể nhận các biểu mẫu bổ sung từ EISC nếu cần. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tên Nhà cung cấp dịch vụ Chăm sóc tạm thế** (vui lòng điền chữ in rõ ràng) | | | | | | | | | | | | | | **Ngày Dịch vụ** | | | | | | **Thời gian Bắt đầu**  (khoanh tròn sáng hoặc chiều) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Thời gian Kết thúc**  (khoanh tròn sáng hoặc chiều) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | sáng / chiều | | | | | | | | | | | | | | | | | | | sáng / chiều | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | sáng / chiều | | | | | | | | | | | | | | | | | | | sáng / chiều | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | sáng / chiều | | | | | | | | | | | | | | | | | | | sáng / chiều | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | sáng / chiều | | | | | | | | | | | | | | | | | | | sáng / chiều | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | sáng / chiều | | | | | | | | | | | | | | | | | | | sáng / chiều | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | sáng / chiều | | | | | | | | | | | | | | | | | | | sáng / chiều | | | | | | | | | | | |
| **Tôi xác nhận rằng con tôi đã sử dụng dịch vụ chăm sóc tạm thế vào ngày và thời gian nêu trên.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | Ngày gửi tới EISC để yêu cầu Bồi hoàn | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 4: Reimbursement Authorization – to be Completed by Finance Officer**  **Mục 4: Ủy quyền Bồi hoàn – do Nhân viên Tài chính thực hiện** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | **x** | |  | | | | | **=** | | USD | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Total Hours / *Tổng Số giờ* |  | | Hourly Rate / *Mức phí Theo giờ* | | | | |  | | Total Reimbursement / *Tổng số tiền được Bồi hoàn* | | | | | | | | |  | | | Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date /  *Chữ ký Nhân viên Tài chính Ủy quyền Bồi hoàn và Ngày* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |