|  |
| --- |
|       |

#### *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* |