|  |  |
| --- | --- |
| *برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية* |       |
| *إصدار الفواتير والإذن بسداد تكاليف النقل والمواصلات* |
|  |
| **القسم الأول: معلومات عامة – يتم ملؤها بواسطة منسق خدمة التدخل المبكر (EISC) وولي الأمر/الوصي:** |
| وكالة CDSA المانحة للتصريح: |       | العنوان: |       |
| عنوان المراسلة: |       |
| اسم الطفل: |       |       |    | تاريخ الميلاد: |       | رقم معرّف HIS: |       |
|  | الأول | العائلة | الأوسط | شهر/يوم/سنة |  |  |
| ولي الأمر/الوصي المصرح له بالدفع: |       |       |    |  |
|  | الأول | العائلة | الأوسط |  |
| رقم هاتف ولي الأمر/الوصي: |       |  |  |  |
| عنوان المراسلة: |       |       |    |       |       |
|  | الشارع | المدينة | الولاية | الرمز البريدي | المقاطعة التي يقيم فيها |
| اسم منسق خدمة التدخل المبكر (EISC): |       |       | رقم هاتف EISC: |       |
|  | الأول | العائلة |  |  |
| تاريخ البدء المصرح به بخطة IFSP: |        | إلى |       | تاريخ الانتهاء | عدد نتائج خطة IFSP: |       |
| (\*راجع التعليمات الخاصة بالتاريخ الذي يتعين استخدامه) | شهر/يوم/سنة |  | شهر/يوم/سنة |  |  |  |
|  |
| **القسم الثاني: إذن الموافقة على تكاليف السفر – يتم ملؤها بواسطة EISC واعتمادها من قبل موظف الشؤون المالية** |
|  |       | **x** |       | **=** |       | **x** |       | **x** |     | **=**  | دولار أمريكي      |  |
|  | تعريفة النقل بالميل حسب الولاية | النسبة السنوية لخدمة الأسرة (AFSP) |  | تعريفة السفر الخاص بالأسرة | عدد أميال كل رحلة ذهابًا وإيابًا |  | عدد الرحلات المسموح بها | الحد الأقصى لمبلغ السداد |  |
|  | دولار أمريكي      | **x** |       | **x** |       | **=** |  دولار أمريكي      |  |
|  | نفقات السفر الأخرى المقدرة (الحافلات وسيارات الأجرة وغيرها.) |  | AFSP | عدد الرحلات المسموح بها | الحد الأقصى لمبلغ السداد |  |
|       |  |       |
| توقيع EISC والتاريخ |  | توقيع موظف الشؤون المالية والتاريخ |
|  |
| **القسم الثالث: فاتورة خدمات النقل والمواصلات – يتم ملؤها شهريًا بواسطة ولي الأمر/الوصي** |
| لسداد التكاليف، املأ القسم الثالث بأكمله وأرسل هذا النموذج إلى EISC المعني بحالتك في وكالة CDSA (العنوان موضح أعلاه) ***في موعد أقصاه يوم عشرين من الشهر الذي تم تلقي الخدمة فيه. (بالنسبة للخدمات المقدّمة بعد يوم عشرين في الشهر، قدّم الفاتورة في الشهر التالي.)***يمكنك الحصول على نماذج إضافية من EISC الخاص بك حسب الحاجة. |
| **تاريخ السفر:** | **الوجهة** (يُرجى الكتابة بأحرف واضحة) | **إجمالي الأميال المقطوعة أو نوع وسيلة النقل** (مطلوب إرفاق الإيصال) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **أقر بأن طفلي تلقى خدمات النقل والمواصلات في التواريخ والأوقات المذكورة أعلاه.** |
|       |  |       |
| توقيع ولي الأمر/الوصي |  | تاريخ الإرسال إلى EISC لسداد التكاليف |
|  |
| **القسم الرابع: الإذن بسداد التكاليف - يتم ملؤه بواسطة موظف الشؤون المالية** |
|  |  دولار أمريكي      |  |  |       |
|  | إجمالي المبالغ المسددة المصرح بها |  | توقيع موظف الشؤون المالية وتاريخ دفع مبلغ السداد |