|  |  |
| --- | --- |
| *北卡羅來納州嬰幼兒計畫 (North Carolina Infant-Toddler Program, NC ITP)* |       |
| *交通費報銷授權及發票* |
|  |
| **第 1 節：一般資訊 - 由早期療育服務協調員 (EISC) 和家長/監護人填寫：** |
| 授權 CDSA： |       | 地址： |       |
| 郵寄地址： |       |
| 兒童姓名： |       |       |    | 出生日期： |       | HIS ID 號碼： |       |
|  | 姓氏 | 名字 | 中間名縮寫 | 月/日/年 |  |  |
| 授權付款的家長/監護人： |       |       |    |  |
|  | 姓氏 | 名字 | 中間名縮寫 |  |
| 家長/監護人電話號碼： |       |  |  |  |
| 郵寄地址： |       |       |    |       |       |
|  | 街道 | 城市 | 州 | 郵遞區號 | 居住縣市 |
| EISC 名稱： |       |       | EISC 電話號碼： |       |
|  | 姓氏 | 名字 |  |  |
| IFSP 授權開始日期： |        | 至 |       | 結束日期 | IFSP 結果編號： |       |
| （\* 請參閱使用日期說明） | 月/日/年 |  | 月/日/年 |  |  |  |
|  |
| **第 2 節：旅行授權核准 - 由 EISC 填寫並由財務主管核准** |
|  |       | **x** |       | **=** |       | **x** |       | **x** |     | **=**  | $      |  |
|  | 州里程費率 | 年度家庭服務百分比 (Annual Family Service Percentage, AFSP) |  | 家庭行程費率 | 每次往返里程 |  | 核准的行程次數 | 最高報銷額 |  |
|  | $      | **x** |       | **x** |       | **=** |  $      |  |
|  | 預估其他交通費用（公車、計程車等） |  | AFSP | 核准的行程次數 | 最高報銷額 |  |
|       |  |       |
| EISC 簽名及日期 |  | 財務主管簽名及日期 |
|  |
| **第 3 節：交通服務發票 - 由家長/監護人每月填寫** |
| 如需申請報銷，請填妥第 3 部分的所有內容，並於***服務發生當月的 20 日之前***將此表格提交至 CDSA 的 EISC（地址如上）。***（如服務提供日期為每月 20 號之後，請於次月提交發票。）***您可以視需要向您的 EISC 索取額外表格。 |
| **旅行日期：** | **目的地**（請工整書寫） | **總行程里程或交通工具類型**（需附上收據） |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **我證明我的孩子在上述日期和時間接受了交通服務。** |
|       |  |       |
| 家長/監護人簽名 |  | 送交 EISC 報銷日期 |
|  |
| **第 4 節：報銷授權 - 由財務主管填寫** |
|  |  $      |  |  |       |
|  | 總授權報銷金額 |  | 財務主管簽名核准報銷及日期 |