|  |  |
| --- | --- |
| *उत्तरी कैरोलिना इन्फ़ेंट-टॉडलर प्रोग्राम* |       |
| *परिवहन प्रतिपूर्ति प्राधिकरण और चालान* |
|  |
| **सेक्शन 1: सामान्य जानकारी – प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा समन्वयक (EISC ) और माता-पिता/अभिभावक द्वारा पूरी की जानी है** : |
| CDSA को अधिकृत करना: |       | पता: |       |
| डाक पता: : |       |
| बच्चे का नाम: |       |       |    | जन्म तिथि: |       | उसका ID #: |       |
|  | अंतिम | पहला | M.I | माह / दिन / वर्ष |  |  |
| भुगतान के लिए अधिकृत माता-पिता/अभिभावक: |       |       |    |  |
|  | अंतिम | पहला | M.I. |  |
| माता-पिता/अभिभावक का फ़ोन नंबर: |       |  |  |  |
| डाक पता: |       |       |    |       |       |
|  | गली | शहर | राज्य | ज़िप कोड | आवासीय प्रांत |
| EISC का नाम: |       |       | EISC का फ़ोन नंबर: |       |
|  | अंतिम | पहला |  |  |
| IFSP प्राधिकृत आरंभ तिथि: |        | प्रति |       | अंतिम तिथि | IFSP परिणाम संख्या: |       |
| (\*उपयोग की तिथि के लिए निर्देश देखें) | माह / दिन / वर्ष |  | माह / दिन / वर्ष |  |  |  |
|  |
| **सेक्शन 2: यात्रा प्राधिकरण अनुमोदन – EISC द्वारा पूरा किया जाना और वित्त अधिकारी द्वारा अनुमोदित किया जाना है** |
|  |       | **x** |       | **=** |       | **x** |       | **x** |     | **=**  | $      |  |
|  | राज्य माइलेज दर | वार्षिक पारिवारिक सेवा प्रतिशत (AFSP) |  | परिवार की यात्रा दर | प्रति राउंड मील |  | अधिकृत यात्राओं का # | अधिकतम प्रतिपूर्ति |  |
|  | $      | **x** |       | **x** |       | **=** |  $      |  |
|  | अनुमानित अन्य यात्रा व्यय (बस, टैक्सी, आदि) |  | AFSP | अधिकृत यात्राओं का # | अधिकतम प्रतिपूर्ति |  |
|       |  |       |
| EISC हस्ताक्षर और तिथि |  | वित्त अधिकारी के हस्ताक्षर और दिनांक |
|  |
| **सेक्शन 3: परिवहन सेवाओं के लिए चालान – माता-पिता/अभिभावक द्वारा मासिक रूप से पूरा किया जाना चाहिए** |
| प्रतिपूर्ति के लिए, सेक्शन 3 की सभी शर्तें पूरी करें और इस फ़ॉर्म को CDSA (उपर्युक्त पता) में अपने EISC को ***उस महीने की 20 तारीख* *से पहले* *जमा कर दें* *जिसमें सेवा प्रदान की गई थी। (20******तारीख के बाद प्रदान की गई सेवाओं के लिए, अगले महीने में चालान प्रस्तुत करें।)***आप आवश्यकतानुसार अपने EISC से अतिरिक्त फ़ॉर्म प्राप्त कर सकते हैं। |
| **यात्रा की तिथि:** | **गंतव्य स्थान** (कृपया स्पष्ट रूप से प्रिंट करें) | **कुल यात्रा की गई दूरी या परिवहन का प्रकार** (संलग्न रसीद आवश्यक) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरे बच्चे को उपरोक्त तिथियों और समय पर परिवहन सेवाएं प्राप्त हुईं।** |
|       |  |       |
| माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर |  | प्रतिपूर्ति के लिए EISC को भेजे जाने की तिथि |
|  |
| **सेक्शन 4: प्रतिपूर्ति प्राधिकरण – वित्त अधिकारी द्वारा पूरा किया जाना है** |
|  |  $      |  |  |       |
|  | कुल अधिकृत प्रतिपूर्ति |  | प्रतिपूर्ति को अधिकृत करने वाले वित्त अधिकारी के हस्ताक्षर और तिथि |