|  |  |
| --- | --- |
| उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम |       |
| परिवहन प्रतिपूर्ति प्राधिकरण और चालान |
|  |
| **Section 1: General Information – to be Completed by Early Intervention Service Coordinator (EISC) and Parent/Guardian**अनुभाग 1: सामान्य जानकारी - प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा समन्वयक (**EISC**) और माता-पिता/अभिभावक द्वारा पूरी की जानी है |
| CDSA को अधिकृत करना: |       | पता: |       |
| मेल के पते: : |       |
| बच्चे का नाम: |       |       |     | जन्मदिन का तारीख: |       | HSIS ID #: |       |
|  | अंतिम | पहला  | प्रबंधन सूचना (एमआई) |  | महीना /दिन /साल |
| भुगतान के लिए प्राधिकृत माता-पिता/अभिभावक: |       |       |     |  |
|  | अंतिम | पहला | प्रबंधन सूचना (एमआई) |
| माता-पिता/अभिभावक का फ़ोन नंबर: |       |  |  |  |
| मेल के पते:: |       |       |    |       |       |
|  | गली | शहर | राज्य | ज़िप कोड | आवासीय प्रांत |
| EISC का नाम |       |       | EISC फोन नंबर: |       |
|  | अंतिम | पहला |  |  |
| IFSP प्राधिकृत प्रारंभ दिनांक: |        |  |       | अंतिम तिथि | IFSP परिणाम संख्या: |    |
| (\*see instructions for date to use) | महीना /दिन /साल |  | महीना /दिन /साल |  |  |  |
|  |
| **Section 2: Travel Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer****अनुभाग 2: यात्रा प्राधिकरण स्वीकृति - EISC द्वारा पूर्ण और वित्त अधिकारी द्वारा अनुमोदित** |
|  |       | **x** |       | **=** |       | **x** |       | **x** |     | **=**  |  $      |  |
|  | *State Mileage Rate / स्टेट माइलेज रेट* | Annual Family Service Percentage / वार्षिक पारिवारिक सेवा प्रतिशत (AFSP) |  | *Family’s Travel Rate / परिवार की यात्रा दर* | *Miles per Round Trip / मील प्रति राउंड ट्रिप* |  | *# of Trips Authorized / #अधिकृत यात्राओं की संख्या* | *Maximum Reimbursement / अधिकतम प्रतिपूर्ति* |
|  | $      | **x** |       | **x** |       | **=** |  $      |  |
|  | *Estimated Other Travel Expenses (bus, taxi, etc.) /अनुमानित अन्य यात्रा व्यय (बस, टैक्सी, आदि)* |  | AFSP | *# of Trips Authorized* / *#*अधिकृत यात्राओं की संख्या | *Maximum Reimbursement / अधिकतम प्रतिपूर्ति* |  |
|       |  |       |
| EISC हस्ताक्षर और दिनांक |  | वित्त अधिकारी हस्ताक्षर और तारीख |
|  |
| **Section 3: Invoice for Respite Services – to be Completed Monthly by Parent/Guardian****अनुभाग 3: मोहलत सेवाओं के लिए चालान - माता-पिता/अभिभावक द्वारा मासिक रूप से पूरा किया जाना है** |
| **प्रतिपूर्ति के लिए, सभी अनुभाग 3 को पूरा करें और इस फॉर्म को** CDSA **(उपरोक्त पता) पर अपने** EISC **में जमा करें** जिस महीने में सेवा हुई थी, उस महीने की 20 तारीख तक। (20 तारीख के बाद प्रदान की जाने वाली सेवाओं के लिए, अगले महीने में चालान जमा करें।)**आप आवश्यकतानुसार अपने** EISC **से अतिरिक्त फॉर्म प्राप्त कर सकते हैं।** |
| **यात्रा की तारीख:** | गंतव्य (कृपया स्पष्ट रूप से प्रिंट करें) | यात्रा की कुल मील या परिवहन का प्रकार (संलग्न रसीद आवश्यक) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| मैं प्रमाणित करता/करती हूं कि मेरे बच्चे ने उपरोक्त तारीखों और समयों पर परिवहन सेवाएं प्राप्त कीं। |
|       |  |       |
| माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर |  | प्रतिपूर्ति के लिए EISCको भेजी गई तिथि |
|  |
| **Section 4: Reimbursement Authorization – to be Completed by Finance Officer****अनुभाग 4: प्रतिपूर्ति प्राधिकरण - वित्त अधिकारी द्वारा पूरा किया जाना है** |
|  |  $      |  |  |       |
|  | *Total Authorized Reimbursement / कुल प्राधिकृत प्रतिपूर्ति* |  | *Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date / प्रतिपूर्ति प्राधिकृत करने वाले वित्त अधिकारी के हस्ताक्षर और तारीख* |