|  |  |
| --- | --- |
| *노스캐롤라이나 영유아 프로그램* |       |
| *교통 환급 승인 및 송장* |
|  |
| **Section 1: General Information – to be Completed by Early Intervention Service Coordinator (EISC) and Parent/Guardian****섹션 1: 일반 정보 – 조기 개입 서비스 코디네이터 (EISC) 및 학부모/보호자가 작성** |
| CDSA 승인 : |       | 주소: |       |
| 우편 주소 : : |       |
| 아이의 이름: |       |       |    | 생년월일: |       | HIS ID #: |       |
|  | 마지막 | 첫 번째 | 미 | 월/일/년 |  |  |
| 지불 승인을 받은 부모/보호자: |       |       |    |  |
|  | 마지막 | 첫 번째 | 미 |  |
| 학부모/보호자 전화번호: |       |  |
| 우편 주소: |       |       |    |       |       |
|  | 거리 | 도시 | 상태 | 우편 번호 | 거주 카운티 |
| EISC’s 의 이름: |       |       | EISC’s 전화번호: |       |
|  | 마지막 | 첫 번째 |  |  |
| IFSP 승인 시작 날짜: |        | 에게 |       | 종료 날짜 | IFSP 결과 번호: |    |
| (\*see instructions for date to use) | MM / DD / YY |  | MM / DD / YY |  |  |  |
|  |
| **Section 2: Travel Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer****섹션 2: 여행 허가 승인 - EISC가 작성하고 재무 담당자가 승인** |
|  |       | **엑스** |       | **=** |       | **엑스** |       | **엑스** |     | **=** | $      |  |
|  | State Mileage Rate / *주 마일리지 비율* | Annual Family Service Percentage / *연간 가족봉사 비율* (AFSP ) |  | Family’s Travel Rate / *가족 여행 요금* | Miles per Round Trip / *왕복 마일* |  | # of Trips Auth-orized / *승인된 여행 횟수* | Maximum Reimbursement / *최대 환급* |  |
|  | $      | **엑스** |       | **엑스** |       | **=** | $      |  |
|  | Estimated Other Travel Expenses (bus, taxi, etc.) / *예상 기타 여행 경비(버스, 택시 등)* |  | AFSP | # of Trips Authorized / *승인된 여행 횟수* | Maximum Reimbursement / *최대 환급* |  |
|       |  |       |
| EISC 서명 및 날짜 |  | 재무 담당자 서명 및 날짜 |
|  |
| **Section 3: Invoice for Transportation Services – to be Completed Monthly by Parent/Guardian****섹션 3: 교통 서비스 청구서 – 학부모/보호자가 매월 작성** |
| ***서비스가 발생한 달의 20 일 까지*** CDSA (위 주소) 의 EISC 에게 제출하십시오. ***(20 일 이후 제공되는 서비스는 다음 달에 청구서를 제출하십시오.)*** 필요에 따라EISC 로부터 추가 양식을 얻을 수 있습니다 . |
| **여행 날짜:** | **목적지** (읽기 쉽게 인쇄하십시오) | **총 여행 거리 또는 교통 수단** (영수증 첨부 필요) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **본인은 본인의 자녀가 상기 날짜 및 시간에 통학 서비스를 받았음을 증명합니다.** |
|       |  |       |
| 학부모/보호자 서명 |  | 환급을 위해 EISC 에게 보낸 날짜 |
|  |
| **Section 4: Reimbursement Authorization – to be Completed by Finance Officer****섹션 4: 환급 승인 - 재무 담당자 작성** |
|  | $      |  |  |       |
|  | Total Authorized Reimbursement / *승인된 환급 총액* |  | Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date / *재무 담당자 서명 환급 승인 및 날짜* |