|  |  |
| --- | --- |
| *Программа штата Северная Каролина для младенцев и*  |       |
| *детей ясельного возраста* *Разрешение на возмещение транспортных расходов и оплата счет-фактурой* |
|  |
| **Section 1: General Information – to be Completed by Early Intervention Service Coordinator (EISC) and Parent/Guardian****Раздел 1: Общая информация – заполняет координатор службы раннего вмешательства (EISC) и родителем/опекуном** |
| разрешающее CDSA:  |       | Адрес: |       |
| почтовый адрес: : |       |
| Имяребенка: |       |       |    | Дата рождения: |       | HIS ID #: |       |
|  | Фамилия | Имя | Средний инициал | ММ/ДД/ГГ |  |  |
| Родитель/опекун, уполномоченный на оплату: |       |       |    |  |
|  | Фамилия | Имя | Средний инициал |  |
| Номер телефона родителя/опекуна: |       |  |
| Почтовый адрес: |       |       |    |       |       |
|  | Улица | Город | государство | Почтовый индекс | место жительства |
| Имя Коорди-натора EISC’: |       |       | Номер телефона Координатора EISC’: |       |
| Фамилия | Имя |  |  |
| Утвержденная дата начала действия IFSP: |        | до |       | Дата окончания | Исходящий номер IFSP: |    |
| (\*see instructions for date to use) | ММ/ДД/ГГ |  | ММ/ДД/ГГ |  |  |  |
|  |
| **Section 2: Travel Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer****Раздел 2: Утверждение разрешения на поездку – заполняется EISC и утверждается финансовым директором.** |
|       | **x** |       | **=** |       | **x** |       | **x** |     | **=**  |  $      |
| State Mileage Rate / *Государственный тариф за перевозку* | Annual Family Service Percentage *(AFSP)*/ *Годовой процент обслуживания семьи (AFSP)* |  | Family’s Travel Rate / *Стоимость семейной поездки* | Miles per Round Trip/ *Мили за поездку туда и обратно* |  | # of Trips Authorized/ *Количество разрешенных поездок* | Maximum Reimbursement Максимальное возмещение |
| $      | **x** |       | **x** |       | **=** |  $      |  |
| Estimated Other Travel Expenses (bus, taxi, etc.) / Другие предполагаемые транспортные расходы(автобус, такси и т. д.) |  | *AFSP / Годовой процент обслуживания семьи*  | # of Trips Authorized/*Количество разрешенных поездок* | Maximum Reimbursement / Максимальное возмещение |  |
|       |  |       |
| Подпись Координатора EISC и дата  |  | Подпись финансового директора и дата  |
|  |
| **Section 3: Invoice for Transportation Services – to be Completed Monthly by Parent/Guardian****Раздел 3: Счет за временные услуги – должен ежемесячно заполняться родителем/опекуном** |
| Для возмещения расходов заполните весь Раздел 3 и отправьте эту форму в своему Координатору EISC в CDSA (адрес указан выше) **не позднее 20-го числа месяца, в котором была оказана услуга. (Для услуг, оказанных после 20-го числа, представьте счет в следующем месяце.)**При необходимости вы можете получить дополнительные формы у вашего Координатора EISC. |
| **Дата поездки:** | **Пункт назначения** (пожалуйста, печатайте разборчиво) | **Общее количество пройденных миль или вид транспорта** (требуется приложить квитанци) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| Я подтверждаю, что мой ребенок получал транспортные услуги в указанные выше даты и время. |
|       |  |       |
| Подпись родителя/опекуна |  | Дата отправки EISC для возмещения |
|  |
| **Section 4: Reimbursement Authorization – to be Completed by Finance Officer****Раздел 4: Разрешение на возмещение – заполняется Финансовым сотрудником** |
|  |  $      |  |  |       |
|  | Total Authorized Reimbursement */ Общая сумма утвержденной суммы возмещения* |  | Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date / *Подпись финансового директора, санкционирующая возмещение, и дата* |