|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *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* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |