# অ্যাক্সেসযোগ্য ইউনিটের জন্য যোগ্যতার প্রমানপত্রদান

# আবেদনকারীকে পূর্ণ করতে হবে:

আবেদনকারীর নাম: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ফোন নাম্বার: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ইমেইল: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

বর্তমান ঠিকানা:

ভবন (বাড়ি) # স্ট্রিট অ্যাপার্টমেন্ট

সিটি স্টেট জিপ

এই ফর্মটি আবাসন উন্নয়নকারীদের কাছে জমা দিতে হবে, যাদের সাশ্রয়ী মূল্যের আবাসনের আবেদনকারীর যারা প্রক্রিয়াকরণের জন্য নির্বাচিত হয়েছেন এবং যারা আবেদনে এমন একটি ইউনিটের প্রয়োজনীয়তা উল্লেখ করেছেন যা চলাফেরার, শ্রবণশক্তি বা দৃষ্টি প্রতিবন্ধী পরিবারের সদস্যের জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য বা অভিযোজিত।

আবেদনকারীকে নিম্নলিখিত অতিরিক্ত যাচাইকরণের একটি প্রদান করতে হবে:

1. **পরিষেবা প্রদানকারীর দ্বারা যাচাইকরণ।** এই ফর্মের দ্বিতীয় পৃষ্ঠাটি একজন লাইসেন্সপ্রাপ্ত স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার অথবা প্রতিবন্ধী পরিবারের সদস্যদের পরিষেবা প্রদানকারী কোনও সংস্থার তত্ত্বাবধায়ক স্তরের কর্মচারী দ্বারা পূরণ করান।
2. **পৃষ্ঠা 3-এ তালিকাভুক্ত নথিগুলির একটি দ্বারা যাচাইকরণ।**

আবেদনকারীকে এই পৃষ্ঠাটি, উপরে তালিকাভুক্ত 1 বা 2 এর সাথে, Housing Connect এর মাধ্যমে, ইমেইল, ডাকযোগে, অথবা ব্যক্তিগতভাবে আবাসন উন্নয়নকারীর কাছে জমা দিতে হবে।

## পরিবারের যে সদস্য অনির্দিষ্ট সময়কালের জন্য চলাফেরা, দৃষ্টিশক্তি অথবা শ্রবণশক্তি সম্পর্কিত অক্ষমতায় আক্রান্ত তার নাম:

আবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. যে ব্যক্তি সহজলভ্য আবাসন খুঁজছেন তার কি হুইলচেয়ার ব্যবহারের মতো কোনও অক্ষমতা আছে? \_ হ্যাঁ \_\_\_\_ না
2. ব্যক্তির কি শ্রবণ প্রতিবন্ধকতা আছে? \_ হ্যাঁ \_\_\_\_ না
3. ব্যক্তির কি দৃষ্টিগত প্রতিবন্ধকতা আছে? \_ হ্যাঁ \_\_\_\_ না

(দ্রষ্টব্য: যদি ব্যক্তির একাধিক অক্ষমতা থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে সেই অনুযায়ী উত্তর দিন)।

**পরিবারের প্রতিবন্ধী সদস্য (অথবা তাদের আইনি অভিভাবক) দ্বারা পূরণ করতে হবে:**

আমি প্রত্যয়িত করছি যে আমার জ্ঞাত অনুসারে উপরের বিবৃতিগুলি সত্য। আমি বুঝেছি যে ভুল তথ্য সরবরাহ করা হলে তা আমার আবাসনের জন্য করা আবেদন খারিজ হওয়ার কারণ হতে পারে। যদি আমি আমার পরিষেবা প্রদানকারীর দ্বারা যাচাইকরণ জমা দিতে চাই, তাহলে আমি উন্নয়নকারী, মার্কেটিং এজেন্ট এবং NYC আবাসন সংরক্ষণ এবং উন্নয়ন বিভাগ (Department of Housing Preservation and Development, HPD)/NYC আবাসিক উন্নয়ন নিগম (Housing Development Corporation, HDC)-কে যাচাইকরণ ফর্ম পূরণকারী পরিষেবা প্রদানকারীর সাথে আমার যোগ্যতা যাচাই করার জন্য অনুমোদন দিচ্ছি।

## স্বাক্ষর:

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## পরিষেবা প্রদানকারী কর্তৃক অক্ষমতার যাচাইকরণ

**এই ফর্মটি একজন লাইসেন্সপ্রাপ্ত স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার অথবা পরিবারের প্রতিবন্ধী সদস্যদের পরিষেবা প্রদানকারী সংস্থার তত্ত্বাবধায়ক স্তরের কর্মচারী দ্বারা পূরণ করা যেতে পারে।**

**আবেদনকারীর নাম: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**পরিবারের যে সদস্য   
চলাফেরা, দৃষ্টিশক্তি অথবা শ্রবণশক্তি সম্পর্কিত অক্ষমতায় আক্রান্ত তার নাম: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**আবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

আবেদনকারী এমন একটি আবাসিক ইউনিটের জন্য যোগ্য বলে বিবেচিত হতে চাইছেন যা অ্যাক্সেসযোগ্য অথবা চলাচল, দৃষ্টি বা শ্রবণ প্রতিবন্ধী ব্যক্তি (নীচে বর্ণিত হিসাবে) দ্বারা ব্যবহারের জন্য অভিযোজিত হতে পারে। একটি ফেডারেল আইন, পুনর্বাসন আইনের ধারা 504, এই উন্নয়নের আবাসিক ইউনিটের একটি নির্দিষ্ট শতাংশ গতিশীলতা, দৃষ্টি এবং শ্রবণ প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য আলাদা করে রাখতে হবে যাদের অ্যাক্সেসযোগ্য/অভিযোজিত ইউনিটের প্রয়োজন। অনুগ্রহ করে নিশ্চিত করুন যে আবেদনকারী বা তাদের পরিবারের কোনও সদস্যের অনির্দিষ্টকালের জন্য চলাফেরা, দৃষ্টিশক্তি এবং/অথবা শ্রবণ প্রতিবন্ধকতা রয়েছে।

**পরিষেবা প্রদানকারীর ধরণ:**

[ ] **আমি একজন লাইসেন্সপ্রাপ্ত স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার।** আমার পেশাগত দক্ষতা এবং আবেদনকারী এবং/অথবা তাদের পরিবারের কোনও প্রতিবন্ধী সদস্যের সাথে আমার মিথস্ক্রিয়ার ভিত্তিতে আমি এই নথিতে তথ্য প্রদান করছি। আমি যে ধরণের স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করি তা হল \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (উদাহরণ: শারীরিক থেরাপি; চক্ষু বিশেষজ্ঞ, ইত্যাদি)

[ ] **আমি \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-এর জন্য একটি তত্ত্বাবধায়ক ভূমিকায় কাজ করি, যা এমন একটি সংস্থা যা প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য পরিষেবা প্রদান করে।** আবেদনকারী এবং/অথবা তাদের পরিবারের প্রতিবন্ধী সদস্যের সাথে আমার অভিজ্ঞতা এবং আমার সংস্থা তাদের যে ধরণের পরিষেবা প্রদান করে তার উপর ভিত্তি করে আমি এই নথিতে তথ্য প্রদান করছি।

## পরিবারের সদস্যের অক্ষমতা যাচাইকরণ

পরিবারের এই নামের সদস্যের এগুলি আছে:

* [ ] একটি গতিশীলতা প্রতিবন্ধকতা যাতে তারা গতিশীলতা প্রতিবন্ধকতাযুক্ত ব্যক্তিদের জন্য ডিজাইন করা একটি ইউনিট থেকে উপকৃত হতে পারে (এমন একটি ইউনিট যা সীমিত শারীরিক গতিশীলতা সহ লোকেদের জন্য বৈশিষ্ট্য সহ ডিজাইন করা হয়েছে, যেমন বাথরুম এবং রান্নাঘরে বৃহত্তর টার্নিং রেডিয়াস)। এই ইউনিটগুলি সর্বজনীন ফেডারেল অ্যাক্সেসিবিলিটি স্ট্যান্ডার্ড পূরণের জন্য ডিজাইন করা হয়েছে।
* [ ] শ্রবণ প্রতিবন্ধী ব্যক্তিরা এতটাই শ্রবণ প্রতিবন্ধী যে তারা শ্রবণ প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য একটি ইউনিট থেকে উপকৃত হবেন (একটি ইউনিট যা স্ট্রোব লাইট স্মোক অ্যালার্ম এবং ডোরবেল এবং অন্যান্য সহায়ক প্রযুক্তির মতো বৈশিষ্ট্যগুলিকে সমর্থন করার জন্য তারযুক্ত)।
* [ ] দৃষ্টি প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য একটি ইউনিট (যে ইউনিটটি উপযুক্ত অডিও অ্যালার্ম এবং অন্যান্য সহায়ক প্রযুক্তির মতো বৈশিষ্ট্যগুলিকে সমর্থন করার জন্য তারযুক্ত) থেকে তারা উপকৃত হবে।

আমি নিশ্চিত করছি যে উপরের তথ্য আমার জ্ঞান অনুসারে সঠিক।

নাম: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ঠিকানা: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

শিরনাম/সংস্থার সাথে সম্পর্ক: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

সংস্থার নাম: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ইমেইল ঠিকানা: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ফোন: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

লাইসেন্স / সার্টিফিকেশনের ধরণ (যদি প্রযোজ্য হয়): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

লাইসেন্স নম্বর (যদি প্রযোজ্য হয়): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

স্ট্যাম্প (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):

## নথির মাধ্যমে অক্ষমতার যাচাইকরণ

একজন আবেদনকারী গতিশীলতা, দৃষ্টিশক্তি বা শ্রবণ প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য ইউনিটের প্রয়োজনীয়তা যাচাই করার জন্য নিম্নলিখিত ধরণের নথিপত্র জমা দিতে পারেন। এই নথিটি কোনও পরিষেবা প্রদানকারীর দ্বারা যাচাইকরণের পরিবর্তে জমা দেওয়া যেতে পারে।

**পরিবারের যে সদস্যের চলাফেরার অক্ষমতা আছে তাদের জন্য:**

* “A”, “U” বা “X” সীমাবদ্ধতা সহ NYS ড্রাইভিং লাইসেন্স অথবা অন্য রাজ্যের ড্রাইভিং লাইসেন্স যা চলাফেরার অক্ষমতা নির্দেশ করে

**পরিবারের একজন প্রতিবন্ধী সদস্যের জন্য যিনি নাবালক (18 বছরের কম বয়সী):**

* নাবালক শিশুর স্কুল কর্মীদের সাথে তৈরি IEP অথবা 504 পরিকল্পনার একটি কপি যা নাবালক শিশুর গতিশীলতা, দৃষ্টিশক্তি বা শ্রবণ প্রতিবন্ধকতা নির্দেশ করে।

**পরিবারের এমন সদস্যের জন্য যার শ্রবণ প্রতিবন্ধীতা রয়েছে:**

* “F1” শিরনাম সহ NYS ড্রাইভিং লাইসেন্স স্টেটের ড্রাইভিং লাইসেন্স যা শ্রবণশক্তি হ্রাস নির্দেশ করে
* অন্যান্য সরকারি পরিচয়পত্র যা বিশেষভাবে শ্রবণশক্তি হ্রাস নির্দেশ করে
* বধিরদের জন্য স্কুল বা ইনস্টিটিউট থেকে ডিপ্লোমা বা ট্রান্সক্রিপ্ট

**পরিবারের এমন সদস্যের জন্য যার দৃষ্টিগত প্রতিবন্ধীতা রয়েছে:**

* NYS অন্ধ ব্যক্তিদের জন্য কমিশন (NYS Commission for the Blind) (অথবা অন্য রাজ্যের সমতুল্য সংস্থা) থেকে নিবন্ধন নথি
* NYS অন্ধ ব্যক্তিদের জন্য কমিশন থেকে আইনি অন্ধত্বের যাচাইকরণ অথবা অন্য কোনো ষ্টেট থেকে সমতুল্য নথি
* SSDI পুরস্কার পত্র যা বিশেষভাবে অন্ধত্ব নির্দেশ করে
* সরকারি পরিচয়পত্র যা বিশেষভাবে অন্ধত্ব নির্দেশ করে
* অন্ধদের জন্য কোন স্কুল বা ইনস্টিটিউট থেকে ডিপ্লোমা বা ট্রান্সক্রিপ্ট