Human Resources Administration
Department of Homeless Services
Department of Social Services

آپ کے CityFHEPS کے کرایے میں اعانت کے لیے تکملہ کی رقم میں تبدیلی کی درخواست (Urdu)

اگر آپ کی آمدنی تبدیل ہو گئی ہے اور آپ اپنے CityFHEPS کے کرایے میں اعانت کے لیے تکملہ کی رقم میں ترمیم کے خواہاں ہیں تو یہ فارم مکمل کریں۔

سیکشن 1: کرایہ دار کی معلومات		
پہلا نام:		آخری نام:
پتہ:		اپارٹمنٹ/کمرہ نمبر:
شہر	ریاست	زپ کوڈ:

سیکشن 2: آمدنی میں تبدیلی کی معلومات
میرے گھرانے کی آمدنی: ☐ بڑھ گئی ہے ☐ گھٹ گئی ہے ☐ ختم ہو گئی ہے
براہ کرم اپنی آمدنی تبدیل ہونے کی وجہ کی وضاحت کریں: _____ _____ _____ _____

سیکشن 3: موجودہ آمدنی کا خلاصہ		
نیچے کے فیلڈز مکمل کریں۔ آپ کے ساتھ رہنے والے ہر اس فرد کو شامل کریں جس کو فی الحال آمدنی موصول ہوتی ہے۔ ان کا نام، آمدنی کا ذریعہ (مثلاً: نوکری، سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم (Supplemental Security Income, SSI)، بے روزگاری بیمہ کے فوائد (Unemployment Insurance Benefits)) اور ان کی کل ماہانہ آمدنی شامل کریں۔		
گھرانے کا ممبر	**آمدنی کا ذریعہ**	**ماہانہ آمدنی**

سیکشن 4: دستاویزات

براہ کرم ان معاون دستاویزات کے آگے صحیح کا نشان (✓) لگائیں جو آپ اس مکمل کردہ فارم کے ساتھ جمع کروائیں گے۔

	معاون دستاویزات
☐	ادائیگی کی پرچیاں
☐	ملازمت کا خط
☐	SSI یا سوشل سیکیورٹی کی معذوری (Social Security Disability, SSD) کی منظوری کا خط
☐	بے روزگاری بیمہ کے فوائد (Unemployment Insurance Benefits) کا خط
☐	دیگر

سیکشن CityFHEPS :5 کے کرایے میں زیادہ سے زیادہ اضافہ

اگر آپ کے مکان ملاک نے آپ کا سالانہ کرایہ بڑھا دیا ہے تو HRA آپ کی سبسڈی کو آپ کے گھرانے کے سائز کے لیے سالانہ زیادہ سے زیادہ کرایہ تک بڑھا سکتا ہے۔

براہ کرم اپنی نئی سالانہ کرایے کی رقم درج کریں: $ _____

آپ کو اس مکمل شدہ درخواست کے ساتھ کرایے کی نئی رقم کے ساتھ دستخط شدہ لیز جمع کروانا ضروری ہے۔

سیکشن 6: تصدیق

میں ہرجانہ دروغ حلفی کے تحت اعلان کرتا ہوں کہ دیے گئے تمام بیانات اور اس فارم کے ساتھ جمع کردہ تمام دستاویزات میرے بہترین علم کے مطابق درست اور مکمل ہیں۔ میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس فارم پر دستخط کرکے، میں نے جو معلومات جمع کروائی ہیں ان کی توثیق یا تصدیق کے لیے اور میرے CityFHEPS کے کرایہ میں اعانت کے لیے تکملہ کی رقم میں ترمیم کے لیے میری اہلیت کا تعین کرنے کے لیے نیو یارک سٹی کے ہیومن ریسورسز ایڈمنسٹریشن (Human Resources Administration, HRA) کے ذریعہ انجام دی جانے والی کسی تفتیش سے متفق ہوں۔

_____ _____

دستخط تاریخ

سیکشن 7: عرضی کے اختیارات

براہ کرم اپنا مکمل کردہ فارم اور معاون دستاویزات جمع کروانے کے لیے ذیل کے اختیارات میں سے **ایک** کو استعمال کریں:

موبائل ایپ: اس فارم کے تمام صفحات **اور** اپنی تمام دستاویزات کی تصاویر لیں۔ پھر، ACCESS HRA موبائل ایپ کا استعمال کرتے ہوئے اپنے موبائل فون یا ٹیبلیٹ سے تمام تصاویر اپ لوڈ کریں!

www.nyc.gov/accesshramobile

ای میل کریں: CityFHEPSRenewals@hra.nyc.gov

بذات خود: 109 East 16th Street
New York, NY 10003
صبح 8:30 بجے سے شام 5:00 بجے کے درمیان

کیا آپ کو طبی یا ذہنی صحت کی کیفیت یا معذوری لاحق ہے؟ کیا اس بیماری کی وجہ سے آپ کے لیے اس نوٹس کو سمجھنا یا اس نوٹس میں درج اقدامات پر عمل کرنا مشکل ہے؟ کیا اس بیماری کے سبب آپ کے لیے HRA میں دیگر سروسز حاصل کرنا مشکل ہے؟ **ہم آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔** ہمیں **718-557-1399** پر کال کریں۔ آپ HRA دفتر جا کر بھی مدد کی درخواست کر سکتے ہیں۔ قانون کے تحت آپ کو اس قسم کی مدد طلب کرنے کا حق حاصل ہے۔