



Human Resources
Administration
Department of
Homeless Services

**Department of
Social Services**

DSS-7q (B) 05/24/2021 (page 1 of 4)
(E) 05/19/2021 LLF

তারিখ: _____

রেফারিং এজেন্সি/CBO: _____

**CityFHEPS-এর জন্য আবেদন
(অ্যাপার্টমেন্ট এবং একক রুম অধিকার ইউনিট)
(Bengali)**

নিম্নলিখিত পরিবারের জন্য এটি একটি CityFHEPS আবেদন। পরিবারের পক্ষ থেকে, সম্পূর্ণ করা CityFHEPS প্যাকেট কভার শীটের সাথে আমরা এই আবেদনটি জমা করছি। যদি যোগ্য হয়, অনুগ্রহ করে অনুমোদন করুন এবং উপযুক্ত সামাজিক পরিষেবা বিভাগের (Department of Social Services, DSS) চেক এবং নথিপত্র জারি করুন।

1. রেফারেন্স সূত্র	2. অনুরোধের ধরন:
<input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> DYCD <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> Homebase	<input type="checkbox"/> থাকার জন্য <input type="checkbox"/> নতুন জায়গায় যাওয়ার জন্য <input type="checkbox"/> স্থানান্তরের পদক্ষেপ

3. পরিবার বিষয়ক তথ্য					
আবেদনকারীর নাম:		নগদ সহায়তা (Cash Assistance, CA) কেস নম্বর:			
ঠিকানা:		প্রাপ্তবয়স্ক:		অপ্রাপ্তবয়স্ক শিশু:	
নাম	জন্ম তারিখ	আবেদনকারীর সঙ্গে সম্পর্ক	CA স্থিতি	আয়/অনুভব	আয়ের ধরণ
		নিজে			

(পরের পৃষ্ঠায় যান)

4. পরিবার বিষয়ক তথ্য

1. লিজের ভাড়া: \$ _____
- a. এটা ভাড়া নিয়ন্ত্রিত অ্যাপার্টমেন্ট? হ্যাঁ না
- i. হ্যাঁ হলে, ভাড়াটি কি "পক্ষপাতমূলক"? হ্যাঁ না
- ii. হ্যাঁ হলে, "অ-পক্ষপাতমূলক" ভাড়া কত? _____ \$ _____
- b. তাপ ও গরম পানি/জলের খরচ কি ভাড়ায় অন্তর্ভুক্ত? হ্যাঁ না
2. CA পরিবারের আকার _____
3. CA-এর উপর পরিবারের মোট আয়: \$ _____
4. 4a বা 4b-এর চেয়ে বেশি অর্থরাশি লিখুন \$ _____
- a. CA পরিবারের জন্য মাসিক স্ট্যান্ডার্ড CA আশ্রয়স্থল ভাড়া হল \$ _____
- b. CA পরিবারের মাসিক মোট আয়ের 30% হল \$ _____
5. CA-তে নেই এমন পারিবারিক সদস্যের আয় (প্রযোজ্য হলে): \$ _____
- a. CA পরিবারের মাসিক মোট আয়ের 30% (যদি প্রযোজ্য হয়) \$ _____
6. # 4 এবং # 5a-এর মোট লিখুন \$ _____
7. প্রস্তাবিত CityFHEPS মাসিক ভাড়া সহায়তা (#1 মাইনাস #6): \$ _____
8. অনুরোধকৃত ভাড়া বকেয়ার অনুদান (প্রযোজ্য হলে): \$ _____
9. অনুরোধকৃত আইনি ও মারশালের পেমেন্ট (প্রযোজ্য হলে): \$ _____

5. অ্যাপার্টমেন্টের তথ্য

বাড়িওয়ালার নাম:

বাড়িওয়ালার ঠিকানা:

ভাড়ার ঠিকানা

নম্বর, রাস্তা, অ্যাপার্টমেন্ট/রুম:

নম্বর, রাস্তা, অ্যাপার্টমেন্ট/রুম:

শহর:

স্টেট:

জিপ কোড:

শহর:

স্টেট:

জিপ কোড:

(পরের পৃষ্ঠায় যান)

6. পেমেন্টের অনুরোধ

নতুন অ্যাপার্টমেন্টে যাওয়া

\$ _____ অর্থের পেমেন্ট, যা প্রথম সম্পূর্ণ মাসের ভাড়ার প্রতিনিধিত্ব করে এবং:

CityFHEPS মাসিক ভাড়া সহায়তা পরিপূরকের 3 মাস

অথবা

CityFHEPS মাসিক ভাড়া সহায়তা পরিপূরকের যদি উপলব্ধ হয়, 11 মাস নিম্নলিখিতের অনুকূলে প্রদেয় করা হয়েছে:

_____ (বাড়িওয়ালার বা অনুমোদিত প্রাপ্ত)

\$ _____ অর্থের পেমেন্ট, যা রোকোরের ফি প্রতিনিধিত্ব করে, নিম্নলিখিতের অনুকূলে প্রদেয় করা হয়েছে:

_____ (রোকোরের নাম বা কোম্পানির নাম)

\$4,300.00 পেমেন্ট মানে হল ইনসেন্টিভ বোনাস

যদি গ্রাহক লিজ আরম্ভ হওয়ার তারিখের আগে প্রবেশ করতে পারেন তাহলে বক্সে টিক দিন*

* অনুমোদনের পর যদি এক দিনের মধ্যে পরিবার প্রবেশ করতে পারেন তাহলে আংশিক ভাড়া পাওয়া যাবে (মাসের 3য় দিনে বা তার আগে বা মাসের সমাপ্তির 3য় দিন বা তার আগে অনুমোদন বাদে)। এই মাসের 3য় দিন বা তার আগে অনুমোদনের ক্ষেত্রে, সেই মাসকে প্রথম সম্পূর্ণ মাস হিসেবে গণনা করা হবে।

বর্তমান অ্যাপার্টমেন্ট সংরক্ষণ করা

\$ _____, অর্থের পেমেন্ট যা _____, মেয়াদের বকেয়ার প্রতিনিধিত্ব করে, নিম্নলিখিতকে প্রদেয় করা হয়েছে:

_____ (বাড়িওয়ালার বা অনুমোদিত প্রাপ্ত)

\$ _____, অর্থের পেমেন্ট, যা আইনি এবং মার্শাল ফি-এর প্রতিনিধিত্ব করে, নিম্নলিখিতকে প্রদেয় করা হয়েছে:

_____ (কোম্পানির নাম)

(পরের পৃষ্ঠায় যান)

প্রত্যয়ন:

আমি জরিমানার অধীনে ঘোষণা করছি যে এই আবেদনে আমার দেওয়া তথ্য এবং প্রদত্ত নথি আমার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুসারে নির্ভুল এবং সম্পূর্ণ। আমি এই আবেদনটি স্বাক্ষর করে প্রত্যয়ন করছি যে আমার জমা দেওয়া তথ্য যাচাই বা নিশ্চিত করতে নিউইয়র্ক শহরের মানব সম্পদ প্রশাসন (New York City Human Resources Administration, HRA) আয়োজিত তদন্তে এবং CityFHEPS প্রকল্পে আমার যোগ্যতা নির্ধারণ করতে সম্মতি জানাচ্ছি।

(আবেদক - নাম প্রিন্ট করুন)

(আবেদক - স্বাক্ষর)

আপনি কি শারীরিক বা মানসিকভাবে অসুস্থ বা প্রতিবন্ধী? এই অবস্থার কারণে এই বিজ্ঞপ্তি বুঝতে কি আপনার অসুবিধা হচ্ছে অথবা এই বিজ্ঞপ্তিতে যা বলা আছে তা বুঝতে পারছেন না? এই অবস্থার কারণে কী HRA এর অন্য পরিষেবাগুলি পেতে আপনার সমস্যা হচ্ছে? **আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পারি।**

212-331-4640 এই নম্বরে আমাদের ফোন করুন। এছাড়া আপনি যখন HRA অফিসে আসবেন তখনও সহায়তা চাইতে পারেন। আইন অনুসারে এই ধরনের সাহায্য চাওয়ার অধিকার আপনার আছে।

স্বাক্ষরিত:

কেস কর্মী (প্রিন্ট করা নাম)

কেস কর্মীর (স্বাক্ষর)

(সুপারভাইজার - প্রিন্ট করা নাম)

(সুপারভাইজার - স্বাক্ষর)