



Department of  
Social Services

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

تاریخ:

حوالہ دہندہ ایجنسی/CBO:

**CityFHEPS کے لئے درخواست**  
**(اپارٹمنٹس اور ایک کمرے کے ملکیتی یونٹس)**  
**(Urdu)**

یہ درج ذیل گھرانے کے لئے CityFHEPS کی درخواست ہے۔ ہم، گھرانے کی جانب سے، یہ درخواست بمعہ CityFHEPS پیکیٹ کے تکمیل شدہ مراسلہ کے جمع کروا رہے ہیں۔ اگر اہلیت رکھتے ہیں، تو براہ کرم منظور کر کے متعلقہ شعبہ برائے سماجی خدمات (DSS) کے نام چیکس اور دستاویزات جاری کریں۔

1. حوالے کا ماخذ	2. درخواست کی قسم
DYCD <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> HOMEBASE <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/>	ٹھہرنا <input type="checkbox"/> نئی منتقلی <input type="checkbox"/> تبادلہ کے لئے منتقلی <input type="checkbox"/>

3. گھرانے کی معلومات					
درخواست دہندہ کا نام:			نقد اعانت (Cash Assistance, CA) کا کیس نمبر:		
پتہ:		بالغان:		نابالغ بچے:	
نام	تاریخ پیدائش	درخواست دہندہ سے رشتہ	CA حیثیت	آمدنی/شرح	آمدنی کی قسم
		خود			

#### 4. گھرانے کی معلومات

1. لیز کرایہ: \_\_\_\_\_ \$

a. کیا یہ ایک کرایہ منضبط اپارٹمنٹ ہے؟  
i. اگر ہاں، تو کیا کرایہ "ترجیحی" ہے؟  
ii. اگر ہاں، تو "غیر ترجیحی" کرایہ کیا ہے؟

ہاں  نہیں

ہاں  نہیں

\_\_\_\_\_ \$

b. کیا کرائے میں حرارت اور گرم پانی شامل ہے؟

ہاں  نہیں

2. CA والے گھرانے کا سائز \_\_\_\_\_

3. CA میں شامل گھرانے کے ممبران کی کل آمدنی: \_\_\_\_\_ \$

4. a4 یا 4b کی سب سے بڑی رقم درج کریں \_\_\_\_\_ \$

a. CA والے گھرانے کے سائز کے لئے ماہانہ معیاری CA کا پناہ گاہ بہتہ ہے \_\_\_\_\_ \$

b. CA گھرانے کی ماہانہ مجموعی آمدنی کا 30% ہے \_\_\_\_\_ \$

5. گھرانے کے CA سے مستثنیٰ افراد کی کل آمدنی (اگر قابل اطلاق ہو): \_\_\_\_\_ \$

a. ماہانہ مجموعی آمدنی کا 30% (اگر قابل اطلاق ہو): \_\_\_\_\_ \$

6. # 4 اور # 5a کا مجموعہ درج کریں \_\_\_\_\_ \$

7. مجوزہ CityFHEPS کے ماہانہ کرایے کا تکملہ: (# 1 نفی # 6): \_\_\_\_\_ \$

8. درخواست کردہ کرائے کے بقایا جات کی گرانٹ (اگر قابل اطلاق ہو): \_\_\_\_\_ \$

9. لیگل اینڈ مارشل فیس کی درخواست کردہ ادائیگی (اگر قابل اطلاق ہو): \_\_\_\_\_ \$

#### 5. اپارٹمنٹ کی معلومات

مالک مکان کا نام: \_\_\_\_\_

کرایہ نامہ کا پتہ			مالک مکان کا پتہ		
نمبر، اسٹریٹ، اپارٹمنٹ/کمرہ:			نمبر، اسٹریٹ، اپارٹمنٹ/کمرہ:		
شہر:	صوبہ:	زپ کوڈ:	شہر:	صوبہ:	زپ کوڈ:

6. ادائیگی کی درخواست

نئے اپارٹمنٹ میں منتقلی

رقم ادائیگی \$ \_\_\_\_\_، پہلے مہینے کا مکمل کرایہ اور:  
 تین مہینے کے CityFHEPS ماہانہ کرائے میں اعانت کا تکملہ  
یا  
 11 مہینے، اگر دستیاب ہے، CityFHEPS کی ماہانہ کرائے میں اعانت کا تکملہ بنام واجب الادا ہے:

\_\_\_\_\_ (مالکان مکان یا مجاز وصول کنندہ)

رقم ادائیگی \$ \_\_\_\_\_، بروکر کی فیس جو درج ذیل کے نام واجب الادا ہے:

\_\_\_\_\_ (بروکر کا نام یا کمپنی کا نام)

ترغیبی بونس کی مد میں \$4,300.00 رقم کی ادائیگی

خانے میں نشان لگائیں کہ آیا کلانٹ لیز کے آغاز کی تاریخ سے پہلے منتقل ہو سکتا ہے \*

\* جزوی کرایہ اس صورت میں دستیاب ہے اگر وہ گھرانہ منظوری کے بعد ایک دن سے شروع کر کے فوری طور پر منتقل ہو سکتا ہے (ماسوائے مہینے کے 3<sup>rd</sup> دن کو یا اس سے پہلے کی یا مہینے کے اختتام سے پہلے 3<sup>rd</sup> دن کو یا اس کے بعد کی منظوریوں کے)۔ مہینے کے تیسرے دن کو یا اس سے پہلے کی منظوریوں کی صورت میں، وہ مہینہ پہلے پورے مہینے کے بطور شمار ہو گا۔

موجودہ اپارٹمنٹس برقرار رکھنا

رقم ادائیگی \$ \_\_\_\_\_ مدت کے بقایا جات جو درج ذیل کے نام واجب الادا ہے:

\_\_\_\_\_ (مالکان مکان یا مجاز وصول کنندہ)

رقم ادائیگی \$ \_\_\_\_\_، لیگل اینڈ مارشل فیس کو بتاتی ہے، جو درج ذیل کے نام واجب الادا ہے:

\_\_\_\_\_ (کمپنی کا نام)

**تصدیق:**

میں ہرجانہ دروغ حلفی کے تحت اعلان کرتا ہوں کہ دیئے گئے تمام بیانات اور اس درخواست کے ساتھ جمع کردہ تمام دستاویزات میرے بہترین علم کے مطابق درست اور مکمل ہیں۔ میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس درخواست پر دستخط کر کے، میں اپنے ذریعے جمع کردہ معلومات کی توثیق یا تصدیق کرنے اور CityFHEPS پروگرام کے لیے میری اہلیت کا تعین کرنے کے لیے نیویارک سٹی کے ہیومن ریسورسز ایڈمنسٹریشن (Human Resources Administration, HRA) کی طرف سے کی جانے والی تفتیش سے اتفاق کرتا ہوں۔

(درخواست دہندہ کے - دستخط)

(درخواست دہندہ کا نام - نام پرنٹ کریں)

کیا آپ کو طبی یا دماغی صحت کی پریشانی یا معذوری لاحق ہے؟ کیا اس پریشانی کی وجہ سے آپ کے لیے اس نوٹس کو سمجھنا یا اس نوٹس میں جو کچھ کرنے کو کہا جا رہا ہے اسے انجام دینا مشکل ہوتا ہے؟ کیا اس پریشانی کی وجہ سے آپ کے لیے HRA میں دیگر خدمات حاصل کرنا مشکل ہوتا ہے؟ ہم آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ ہمیں 212-331-4640 پر کال کریں۔ آپ HRA دفتر جا کر بھی مدد کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ کو قانون کے تحت اس قسم کی مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔

**دستخط شدہ:**

(کیس ورکر - دستخط)

(کیس ورکر - نام پرنٹ کریں)

(سپروائزر - دستخط)

(سپروائزر - نام پرنٹ کریں)