



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: | صوبہ: | زپ کوڈ: |

| سیکشن 2: آمدنی میں تبدیلی کی معلومات | |
|---|--|
| میرے گھرانے کی آمدنی تبدیل ہو گئی ہے: <input type="checkbox"/> ختم ہو گئی ہے <input type="checkbox"/> گھٹ گئی ہے <input type="checkbox"/> بڑھ گئی ہے <input type="checkbox"/> | |
| براہ کرم اپنی آمدنی تبدیل ہونے کی وجہ کی وضاحت کریں: | |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | |

| سیکشن 3: موجودہ آمدنی کا خلاصہ | | |
|---|----------------|--------------|
| نیچے کے شعبوں کو 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)، 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 5: CityFHEPS 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 درخواست کے ساتھ جمع کردہ تمام دستاویزات میرے بہترین علم کے مطابق درست اور مکمل ہیں۔ میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس فارم پر دستخط کر کے، میں نے جو معلومات جمع کروائی ہیں ان کی توثیق یا تصدیق کے لیے اور میرے CityFHEPS کے کرایہ میں اعانت کے لیے مکملہ 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:

ای میل:  raprenewals@hra.nyc.gov

بذات خود:  109 East 16th Street, 1st Floor, Room 102
New York, NY 10003

_____ اور _____ کے درمیان

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۔