

الطلب الخاص بقرار تحديد الإعاقة

NYC Human Resources Administration
Department of Social Services

MAP-3177 (A) 11/29/2024

التاريخ: _____
اسم الحالة: _____
رقم الحالة (إذا كان معلومًا): _____

لا تقدّم هذا النموذج إذا كنت قد تلقيت إقرارًا بنسبة عجز من إدارة الضمان الاجتماعي (SSA)، أو برنامج دخل الضمان التكميلي (SSI)، أو برنامج تأمين الضمان الاجتماعي ضد العجز (SSDI).

الاسم الأول:	اسم العائلة:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:
عنوان المراسلة البريدية:	تاريخ الميلاد:	العمر:
رقم الهاتف:	رقم الضمان الاجتماعي (آخر أربعة أرقام فقط):	

يُرجى وضع علامة (✓) على أحد المربعات التالية

موظف	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
مُصاب بضعف الإبصار	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
مُصاب بضعف السمع (TTY)	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
هل يحتاج مقدم/متلقي الطلب (A/R) إلى الحصول على إعفاء طبي؟ إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تحديد نوع الإعفاء	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا

لغة منطوقة: _____
لغة مكتوبة: _____

Authorized Representative (Person assisting you with the disability determination request):

First Name: _____ Last Name: _____ MI: _____

Mailing Address: _____ Phone Number: _____

Authorized Representative may (check (✓) all that apply):

Apply Renew Medicaid Application Discuss Medicaid Application/Case Receive Mail/Correspondence

التاريخ: _____
توقيع مُقدم/مُتلقّي الطلب: _____

Authorized Representative Signature: _____ Date: _____