

অক্ষমতা নির্ধারণ করার অনুরোধ

NYC Human Resources
Administration
Department of
Social Services

MAP-3177 (B) 01/14/2021

তারিখ: _____

কেসের নাম: _____

কেস নম্বর (যদি জানা থাকে): _____

আপনি যদি সোশাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশন (Social Security Administration, SSA), সম্পূরক নিরাপত্তা আয় (Supplemental Security Income, SSI) বা সম্পূরক নিরাপত্তা আয় অক্ষমতা (Supplemental Security Income Disability, SSDI)-এর থেকে অক্ষমতা নির্ধারণ করার ফর্ম পেয়ে থাকেন তাহলে এই ফর্মটি জমা করবেন **না**।

নাম: _____ পদবি: _____ মধ্যনামের আদ্যক্ষর: _____

ডাকযোগে চিঠি
পাঠানোর ঠিকানা: _____ জন্ম তারিখ: _____ বয়স: _____

ফোন নম্বর: _____ SSN (কেবলমাত্র শেষ চারটি সংখ্যা): _____

অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত বক্সগুলিতে টিক (✓) চিহ্ন দিন

কর্মরত হ্যাঁ না

দৃষ্টিশক্তিহীন হ্যাঁ না

শ্রবণশক্তিহীন (TTY) হ্যাঁ না

আবেদনকারী / প্রাপক (A/R) -এর কি চিকিৎসা সংক্রান্ত
ছাড়ের প্রয়োজন আছে? হ্যাঁ না

যদি **থাকে**, তাহলে ছাড়ের ধরন: _____

যে ভাষায় কথা বলেন: _____ যে ভাষায় লেখেন: _____

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

আবেদনকারী/প্রাপকের স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

Authorized Representative Signature: _____ Date: _____