

معذوری کے تعین کی درخواست

NYC Human Resources
Administration
Department of
Social Services

MAP-3177 (U) 02/10/2023

تاریخ: _____

کیس کا نام: _____

کیس نمبر (اگر معلوم ہو): _____

اگر آپ کو سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن (Social Security Administration, SSA)، سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم (Supplemental Security Income, SSI) یا سوشل سیکیورٹی ڈس ایبلٹی انشورنس (Social Security Disability Insurance, SSDI) سے معذوری کا تعین حاصل ہے تو یہ فارم جمع نہ کرائیں۔

پہلا نام: _____ آخری نام: _____ درمیانی نام: _____
ڈاک کا پتہ: _____ تاریخ پیدائش: _____ عمر: _____
فون نمبر: _____ SSN (صرف آخری چار اعداد): _____

براہ کرم درج ذیل خانوں کو نشان زد کریں (✓)

بہتر روزگار ہاں نہیں

بصارتی لحاظ سے ناقص ہاں نہیں

سماعتی لحاظ سے ناقص (TTY) ہاں نہیں

Medicaid (A/R) کنندہ وصول کی چھوٹ درکار ہے؟ / کیا درخواست دہندہ ہاں نہیں

کو

اگر ہاں تو، چھوٹ کی قد _____

تحریر کی زبان: _____

گفتگو کی زبان _____

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

First Name: _____ First Name: _____ MI: _____

Mailing Address: _____ Mailing Address: _____

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

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

وصول کنندہ کا دستخط/درخواست دہندہ: _____ تاریخ: _____

Authorized Representative Signature: _____ Date: _____