

معذوری کے تعین کی درخواست

NYC Human Resources
Administration
Department of
Social Services

MAP-3177 (U) 11/29/2024

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 (✓)

برسر روزگار	<input type="checkbox"/>	ہاں	<input type="checkbox"/>	نہیں	<input type="checkbox"/>
بصارتی لحاظ سے ناقص	<input type="checkbox"/>	ہاں	<input type="checkbox"/>	نہیں	<input type="checkbox"/>
سماعتی لحاظ سے ناقص (TTY)	<input type="checkbox"/>	ہاں	<input type="checkbox"/>	نہیں	<input type="checkbox"/>
Medicaid (A/R) کنندہ وصول کی چھوٹ درکار ہے؟ / کیا درخواست دہندہ کو	<input type="checkbox"/>	ہاں	<input type="checkbox"/>	نہیں	<input type="checkbox"/>

اگر ہاں تو، چھوٹ کی قد _____
گفتگو کی زبان _____
تحریر 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: _____