

তারিখ: \_\_\_\_\_

কেসের নাম: \_\_\_\_\_

কেস নম্বর: \_\_\_\_\_

**যদি আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে HRA Helpline এর  
888-692-6116 নম্বরে ফোন করুন**

প্রিয় \_\_\_\_\_

এই ফর্মটি সেই আবেদনকারী বা প্রাপককে পূরণ করতে হবে যিনি একজন Legally Responsible Relative (LRR) এর সাথে থাকেন যিনি প্রয়োজনীয় চিকিৎসা সেবা ও পরিষেবাগুলির ব্যয় বহন করতে আয় এবং/অথবা সম্পদের যোগান দিতে অস্বীকার করেছেন। আইনত দায়বদ্ধ আত্মীয়গণ হলেন: স্বামী বা স্ত্রী (যেমন: স্ত্রী এর জন্য স্বামী, স্বামির জন্য স্ত্রী) এবং 21 বছরের কম বয়সী বাচ্চাদের জন্য পিতামাতা।

আইনত দায়বদ্ধ আত্মীয়গণ তার স্বামী বা স্ত্রী বা বাচ্চাদের জন্য আর্থিক সম্পদ যোগান দেওয়া থেকে অব্যহতি পাবেন না। সামাজিক পরিষেবা বিভাগ আশা রাখে যে আইনত দায়বদ্ধ আত্মীয়দের যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করার প্রয়োজন তা নির্ধারণ করতে আইনত দায়বদ্ধ আত্মীয়দের আয় ও সম্পদের পরিমাণ প্রমাণ করার প্রক্রিয়ার সাথে তারা সহযোগিতা করবেন। **আইনত দায়বদ্ধ আত্মীয়গণ তাদের স্বামী বা স্ত্রী বা নাবালক বাচ্চাদের সহায়তা করতে ব্যর্থ হলে তাদেরকে আদালতে নিয়ে আসা হতে পারে।** অনুরোধকৃত আর্থিক তথ্য প্রদান করতে ব্যর্থ হলেও আইনত দায়বদ্ধ আত্মীয়দের আদালতে নিয়ে আসা হতে পারে।

আপনার স্বাক্ষর ও তারিখ সহ, নিচের টেবিলটি পূরণ করুন, এবং 10 দিনের মধ্যে এই সম্পূর্ণ ফর্মটি সংযুক্ত থামে ফেরত পাঠান

আমি (নাম লিখুন) _____		ঘোষণা করছি যে আমার _____	
(মূল নাম)		(পদবী)	
<input type="checkbox"/> স্বামী বা স্ত্রী <input type="checkbox"/> পিতা-মাতা <input type="checkbox"/> অন্য কেউ, নির্দিষ্ট করুন: _____ প্রয়োজনীয় চিকিৎসা সেবা ও পরিষেবাগুলির ব্যয় বহন করতে আয় এবং/অথবা সম্পদের যোগান দিতে অস্বীকার করেছেন। আমি উপরের বিষয়টি পড়েছি এবং বুঝেছি যে আমি এই ফর্মটি স্বাক্ষর করার সময় থেকে আমার আইনত দায়বদ্ধ আত্মীয়দের আর্থিক পর্যালোচনা এবং আমার চিকিৎসা বিষয়ক ঋণ পরিশোধের জন্য প্রয়োজনীয় অর্থ সংগ্রহ প্রক্রিয়া শুরু হবে।			
আইনত দায়বদ্ধ আত্মীয়ের নাম: _____		_____	
(মূল নাম)		(পদবী)	
আইনত দায়বদ্ধ আত্মীয়ের সামাজিক সুরক্ষা নম্বর: _____			
চিকিৎসা সহায়তার জন্য আমার যোগ্যতা নির্ধারণের বিষয়ে, আমি এতদ্বারা আমাকে সহায়তা করার অধিকার উপরিউক্ত নামের আইনত দায়বদ্ধ আত্মীয়ের থেকে Commissioner of the New York City Human Resources Administration (Department of Social Services) কে অর্পণ করছি।			
আইনত দায়বদ্ধ আত্মীয়ের স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিকল্পনার নাম (প্রযোজ্য হলে) _____			
স্বাস্থ্য পরিচর্যা কভারেজের ধরণ (অর্থাৎ দীর্ঘকালীন পরিচর্যা): _____			
পলিসি নম্বর (যদি প্রযোজ্য হয়): _____			
যোগাযোগের নম্বর: ( ) _____ (এলাকার কোড)			
আবেদনকারীর/প্রাপকের স্বাক্ষর: _____		তারিখ: _____	
Worker's Name	Title	Section	
Supervisor's Name (Print)		Supervisor's Name (Sign)	

**আপনি কি শারীরিক বা মানসিকভাবে অসুস্থ বা প্রতিবন্ধী?** এই অবস্থার কারণে এই বিজ্ঞপ্তি বুঝতে কি আপনার অসুবিধা হচ্ছে অথবা এই বিজ্ঞপ্তিতে যা বলা আছে তা বুঝতে পারছেন না? এই অবস্থার কারণে কী HRAএর অন্য পরিষেবাগুলি পেতে আপনার সমস্যা হচ্ছে? **আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পারি।** 212-331-4640 এই নম্বরে আমাদের ফোন করুন। এছাড়া আপনি যখন HRA অফিসে আসবেন তখনও সহায়তা চাইতে পারেন। আইন অনুসারে এই ধরনের সাহায্য চাওয়ার অধিকার আপনার আছে।