

تاریخ: _____
کیس کا نام: _____
کیس نمبر: _____

اگر آپ کا کوئی سوال ہے تو HRA Helpline کو 888-692-6116 پر کال کریں

محترم _____

یہ فارم اس درخواست دہندہ یا وصول کنندہ کے ذریعہ مکمل کیا جائے جو Legally Responsible Relative (LRR) کے ساتھ رہ رہا ہے جس نے لازمی طبی نگہداشت اور خدمات کی لاگت کے لیے آمدنی اور/یا وسائل دستیاب کرانے سے انکار کر دیا ہے۔ قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ دار یوں ہیں: شریک حیات (جیسے، بیوی کے لیے شوہر، شوہر کے لیے بیوی) اور 21 سال سے کم عمر کے بچوں کے لیے والدین۔

قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ دار کو اپنے/اپنی شریک حیات یا بچے کی نگہداشت کے لیے مالی وسائل فراہم کرنے سے بری قرار نہیں دیا جاتا ہے۔ محکمہ برائے سماجی خدمات کو قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ دار سے ذمہ دار رشتہ دار کی آمدنی اور وسائل کے جواز کی کارروائی میں تعاون کرنے کی توقع ہوتی ہے تاکہ قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ دار سے جتنی رقم ادا کرنے کا تقاضہ کیا جائے گا اس کا تعین کیا جائے۔ قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ داروں کو اپنے/اپنی شریک حیات یا نابالغ بچوں کی امداد کرنے میں ناکامی کے مدنظر عدالت میں طلب کیا جا سکتا ہے۔ مطلوبہ مالی معلومات فراہم نہیں کر پانے کا نتیجہ قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ دار کو عدالت میں طلب کیے جانے کی صورت میں بھی برآمد ہو سکتا ہے۔

ذیل کا جدول مکمل کریں، بشمول اپنے دستخط مع تاریخ درج کریں اور یہ پورا فارم منسلک لفافے میں 10 دنوں کے اندر واپس بھیجیں

میں (جلی حروف میں نام) _____ (پہلا) _____ (آخری)		
اقرار کرتا ہوں کہ میرے/میری _____ (آخری)		
<input type="checkbox"/> شریک حیات <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> دیگر، بیان کریں: _____ نگہداشت اور خدمات کی لاگت کے لیے اپنی آمدنی اور/یا وسائل دستیاب کرانے سے انکار کر دیا ہے۔ میں نے مذکورہ بالا کو پڑھ اور اس بات کو سمجھ لیا ہے کہ قانونی جائزہ کی کارروائی اور میرے قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ دار کی جانب سے میرے Medicaid کے قرض کی وصولیابی اس فارم پر میرے دستخط کرنے کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔		
قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ دار کا نام: _____ (پہلا) _____ (آخری)		
قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ دار کا سوشل سیکورٹی نمبر: _____		
طبی اعانت کے لیے میری اہلیت کے تعین کو زیر غور رکھتے ہوئے، میں معرفت ہذا، اوپر نامزد قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ دار کی جانب سے امداد کا اپنا حق Commissioner of the New York City Human Resources Administration (Department of Social Services) کو تفویض کرتا ہوں۔		
قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ دار کے نگہداشت صحت کے منصوبے کا نام (اگر قابل اطلاق ہو)		
نگہداشت صحت کے کوریج کی قسم (جیسے طویل مدتی نگہداشت): _____		
پالیسی نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____		
رابطہ نمبر: () _____ (ایریا کوڈ)		
درخواست دہندہ/وصول کنندہ کے دستخط: _____ تاریخ: _____		
Worker's Name	Title	Section
Supervisor's Name (Sign)		Supervisor's Name (Print)

کیا آپ کو طبی یا دماغی صحت کی پریشانی یا معذوری لاحق ہے؟ کیا اس پریشانی کی وجہ سے آپ کے لیے اس نوٹس کو سمجھنا یا اس نوٹس میں جو کچھ کرنے کو کہا جا رہا ہے اسے انجام دینا مشکل ہوتا ہے؟ کیا اس پریشانی کی وجہ سے آپ کے لیے HRA میں دیگر خدمات حاصل کرنا مشکل ہوتا ہے؟ ہم آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ ہمیں 212-331-4640 پر کال کریں۔ آپ HRA دفتر جا کر بھی مدد کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ کو قانون کے تحت اس قسم کی مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔