

**বিশেষ এককালীন সহায়তা (SPECIAL ONE TIME ASSISTANCE, “SOTA”) প্রকল্প
অংশগ্রহণকারীর চুক্তি
(Bengali)**

বিশেষ এককালীন সহায়তা (Special One Time Assistance, SOTA) প্রকল্প নিউ ইয়র্ক সিটির মধ্যে, অন্যান্য নিউ ইয়র্ক স্টেটের কাউন্টি বা নিউ ইয়র্ক স্টেটের বাইরে স্থানান্তরিত হতে যোগ্য গৃহহীন পরিষেবা বিভাগের (Department of Homeless Services, DHS) গ্রাহকদের জন্য এক বছর পর্যন্ত অগ্রিম ভাড়া প্রদান করবে।

SOTA সেইসব আয় সহ ব্যক্তি এবং পরিবারবর্গেরা ব্যবহার করতে পারে যারা ভবিষ্যতে তাদের ভাড়া দিতে সক্ষম হবে। আয় চাকরি, সাপ্লিমেন্টাল সিকিউরিটি ইনকাম (Supplemental Security Income, SSI), সোশ্যাল সিকিউরিটি ডিজাবিলিটি (Social Security Disability, SSD) সুবিধা বা অন্যান্য উৎসের আয়ের থেকে হতে পারবে। ভাড়া পরিবারের আয়ের 40% এর বেশি হওয়া যাবে না এবং পরিবারের আয় নিউ ইয়র্ক সিটি এলাকার মধ্যস্থিত আয় (Area Median Income, AMI) এর 80% কে অতিক্রম করতে পারবে না।

প্রকল্পের আবেদনকারীর নাম: _____

আমি, _____, নিম্নলিখিত ইউনিটটি, যেটিকে আমি ব্যক্তিগতভাবে নির্বাচন করেছিলাম সেটির জন্য SOTA-এর থেকে ভাড়া সহায়তার জন্য আবেদন করেছি:

ঠিকানা: _____

শহর: _____ স্টেট: _____ জিপ কোড: _____

SOTA প্রকল্পে অংশগ্রহণকারী হিসেবে আমি নিম্নলিখিত বিষয়ে সম্মত হচ্ছি:

- পরিবারের আয় এবং আকার সম্পর্কে নির্ভুল, সম্পূর্ণ এবং বর্তমান তথ্য প্রদান করব।
- আমার পরিবারের যোগ্যতা যাচাই করার জন্য প্রয়োজনীয় সহায়ক নথি প্রদান করব।
- SOTA এর অনুরোধে আমার দেয়া তথ্য যাচাই বা নিশ্চিত করার জন্য আমি তদন্তের সাথে সম্মত। যদি অতিরিক্ত তথ্যের অনুরোধ করা হয়, তাহলে আমি তা প্রদান করব।
- SOTA প্রকল্পটি এক বছরের জন্য সরাসরি মাসিক ভিত্তিতে ভাড়া প্রদান করবে।
- বাড়িওয়ালাকে মাসিক ভাড়া পেমেন্ট করার উদ্দেশ্যে একটি অ্যাকাউন্ট তৈরি করতে DSS আমার নাম ও সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর ব্যবহার করতে পারে।
- আমি বুঝেছি যে SOTA অনুদানের এক বছরের শেষে, আমাকে নিজের ভাড়া নিজে দিতে হবে।

(পরের পৃষ্ঠায় যান)

- আমি বুঝেছি যে আমি SOTA-এর চুক্তিকালে এই SOTA ইউনিট ভাড়া দিতে পারব না।
- আমার বর্তমান বা অনুমিত মাসিক _____ আয় বজায় রাখার সমস্ত প্রচেষ্টা করব।
- যদি আমার আয়ের উৎস সোশ্যাল সিকিউরিটি সুবিধা হয়, তাহলে আমি প্রকল্প থেকে যে সুবিধা পাচ্ছি তার যে কোন প্রয়োজনীয়তা মেনে চলব।
- যদি আমার আয়ের উৎস চাকরি হয়, তাহলে সেই চাকরি ধরে রাখার প্রতিটি প্রচেষ্টা আমি করব।
- আমি বুঝেছি যে, যদি বাড়িওয়ালা SOTA ইউনিট ঠিক মতো রক্ষণাবেক্ষণ বা প্রয়োজনীয় মেরামত না করেন তাহলে আমাকে অবশ্যই লিখিতভাবে তা বাড়িওয়ালাকে জানাতে হবে। যদি প্রয়োজনীয় মেরামত না করা হয়, তাহলে আমার কাছে ভাড়া আটকানোর বা বাড়িওয়ালার বিরুদ্ধে কোনো ব্যবস্থা নেওয়ার জন্য বা মামলার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য আইন অনুসারে আদালতে ভাড়া পরিশোধের অনুরোধ করার অধিকার আছে, তবে যদি আমি DSS-এ উপযুক্ত নথিপত্র জমা দিই তাহলেই।
- আমি SOTA প্রকল্পের প্রশাসনের সাথে সম্পূর্ণ রূপে সহযোগিতা করব।
- এই ক্ষেত্রে 718-557-1373 নম্বরে ফোন করে অবিলম্বে DSS-কে জানাতে হবে:
 - আমি অন্য কোথাও সরে গেলে
 - আমাকে উচ্ছেদের/নির্বাসনের কাগজপত্র পরিবেশন করা হচ্ছে;
 - আমার বাড়িওয়ালা বা আমি যাকে ভাড়া দিই তার পরিবর্তন হলে; বা
 - আমি ভাড়া না দেয়ার অনুরোধ করতে চাই। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে পর্যালোচনা এবং প্রক্রিয়ার সময়ের কারণে, মাস শেষ না হওয়া অবধি অবিলম্বে প্রত্যখ্যানের অনুরোধ শুরু করা নাও যেতে পারে।

প্রয়োজনীয় স্বাক্ষর

আমি এই কর্মসূচিটির অংশগ্রহণকারী বোঝার বিবরণীটি পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি এবং এর শর্তাদিতে সম্মত।

তারিখ

প্রকল্প আবেদনকারীর স্বাক্ষর

(পরের পৃষ্ঠায় যান)

আমি এই কর্মসূচিটির অংশগ্রহণকারী বোঝার বিবরণীটি পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি। আমি DSS এবং SOTA প্রকল্পের প্রশাসনের সাথে পুরোপুরি সহযোগিতা করতে সম্মত এবং আমার আয় এবং কোন অতিরিক্ত তথ্য সম্পর্কে প্রয়োজনীয় তথ্য প্রদান করতে সহযোগিতা করব। আমি SOTA-এর DSS প্রশাসনের সাথে সম্পর্কিত কোনও তথ্য যাচাই বা নিশ্চিত করার জন্য তদন্তের সাথে একমত।

তারিখ	পরিবারের সদস্যের নাম	পরিবারের সদস্যের স্বাক্ষর
তারিখ	পরিবারের সদস্যের নাম	পরিবারের সদস্যের স্বাক্ষর
তারিখ	পরিবারের সদস্যের নাম	পরিবারের সদস্যের স্বাক্ষর

নিম্নলিখিত প্রাপ্তবয়স্ক পরিবারের সদস্যরা নিম্নলিখিত কারণ(গুলো) এর কারণে এই চুক্তির অনুলিপিতে স্বাক্ষর করেন নাই:

কেস ম্যানেজার বা হাউজিং বিশেষজ্ঞের নাম

কেস ম্যানেজার বা হাউজিং বিশেষজ্ঞের স্বাক্ষর

তারিখ

কেস ম্যানেজার বা হাউজিং বিশেষজ্ঞের স্বাক্ষর উপরের নির্দেশিত পরিবারের সদস্য তথ্য নিশ্চিত করে।

আপনি কি শারীরিক বা মানসিক ভাবে অসুস্থ বা প্রতিবন্ধী? এই অবস্থার কারণে এই বিজ্ঞপ্তি বুঝতে কি আপনার অসুবিধা হচ্ছে অথবা এই বিজ্ঞপ্তিতে যা করতে বলা আছে তা করতে পারছেন না? এই শারীরিক অবস্থা কি HRA এর অন্যান্য পরিষেবাগুলি পাওয়া আপনার পক্ষে কঠিন করে তুলেছে? আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পারি। 212-331-4640 এই নম্বরে আমাদের ফোন করুন। এছাড়া আপনি HRA অফিসে আসলে সহায়তা চাইতে পারেন। আইন অনুসারে এই ধরনের সাহায্য চাওয়ার অধিকার আপনার আছে।