

طلب تمديد الوقت بسبب عجز أو إعاقة جسدية أو عقلية

التعليمات: يمكنك استخدام هذا النموذج إذا كنت تحتاج بسبب إعاقة جسدية أو عقلية إلى مزيد من الوقت لتقديم طلب أو استمارة أو مستند إلى إدارة المالية (Department of Finance, DOF). قَدِّم نموذجك المكتمل مع المستندات الطبية الداعمة إلى:

NYC Department of Finance, Attn: EEO Office, 375 Pearl Street, 26th Floor, New York, NY 10038

إذا كنت تحتاج إلى المساعدة أو إذا كانت لديك أسئلة بشأن هذا الطلب، يرجى الاتصال بالرقم 311 وطلب أداة تسهيل خدمات الإعاقة لدى DOF أو أرسل لنا رسالة عبر www.nyc.gov/contactdofeeo.

يمكنك أيضًا زيارة إدارة المالية على العنوان التالي: 66 John Street, 3rd Floor, New York, NY 10038. مواعيد العمل الرسمية لدينا من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:30 صباحًا إلى الساعة 4:30 مساءً.

نشجع على حجز المواعيد، لكنه ليس شرطًا. يمكنك حجز موعد من خلال www.nyc.gov/dofappointments.

القسم 1: معلومات مقدم الطلب

اسم مقدم الطلب	_____
العنوان:	_____
رقم المبنى	_____
اسم الشارع	_____
البلدة:	_____
الرمز البريدي:	_____
رقم الهاتف:	_____
عنوان البريد الإلكتروني:	_____

القسم 2: معلومات الجهة الأخرى

يرجى إكمال التالي إذا تم تقديم هذا الطلب بواسطة شخص آخر غير مقدم الطلب:	_____
نوع الصلة بمقدم الطلب:	_____
الاسم:	_____
رقم الهاتف:	_____
عنوان البريد الإلكتروني:	_____

القسم 3: معلومات بشأن برامج تجميد قيمة الإيجار أو إعفاء أصحاب المنازل من كبار السن (SCHE) وإعفاء أصحاب المنازل من ذوي الإعاقات (DHE)

أكمل هذا القسم إذا كنت تقدم طلبًا لتمديد الوقت من أجل تقديم طلب أو استمارة أو مستند متعلق ببرنامج تجميد قيمة الإيجار (Rent Freeze Program) أو إعفاء أصحاب المنازل من كبار السن (Senior Citizen Homeowners' Exemption, SCHE) أو إعفاء أصحاب المنازل من ذوي الإعاقات (Disabled Homeowners' Exemption, DHE).

رقم حافظة برنامج تجميد قيمة الإيجار (إذا كان ينطبق): _____

رقم البلدة، رقم الكتلة، رقم الدفعة (Borough-Block-Lot, BBL) لـ SCHE/DHE (إذا كان ينطبق): _____

تاريخ رفض مخصص البرنامج أو إيقافه أو انتهاء صلاحيته (إذا كان ينطبق): _____

هل مقدم الطلب يتعرض للإخلاء أو الحجز العقاري أو إجراءات قضائية أخرى؟ نعم لا

القسم 4: إقرار

أقر ملتزمًا بعقوبة الحنث باليمين أن الإجابات الواردة في هذا الطلب دقيقة، وصحيحة، وكاملة على حد علمي.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

قائمة التحقق من النموذج

- هل أكملت جميع الأسئلة الواردة في هذا النموذج؟
 - هل وقعت على هذا النموذج وأدرجت التاريخ؟
 - هل أدرجت نسخة من أي مستندات طبية ذات صلة تدعم طلبك؟ (نحتاج إلى هذه المستندات للبت في طلبك).
- يرجى ملاحظة أن الموافقة على تمديد الوقت للتقديم لا تضمن أهليتك لتلقي المخصصات. قد يتعين عليك تقديم المزيد من المستندات لاتخاذ قرار بشأن أهليتك.

المعلومات العامة والمساعدة

يمكنك أيضًا زيارة إدارة المالية على العنوان التالي: 66 John Street, 3rd floor, New York, NY 10038.
مواعيد العمل الرسمية لدينا من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:30 صباحًا إلى الساعة 4:30 مساءً.
نشجع على حجز المواعيد، لكنه ليس شرطًا. يمكنك حجز موعد من خلال www.nyc.gov/dofappointments.