

**ФОРМА ЗАПРОСА НА ПРОДЛЕНИЕ СРОКА ПО ПРИЧИНЕ ИНВАЛИДНОСТИ
ИЛИ ФИЗИЧЕСКОГО ИЛИ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА**

Инструкции: Воспользуйтесь данной формой, если из-за физических или психических расстройств Вам требуется больше времени для подачи заявления, формы или документа в Департамент финансов (Department of Finance, DOF). Отправьте заполненную форму с подтверждающими медицинскими документами по адресу:

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

Если вам потребуется помощь или у Вас возникнут вопросы по этому заявлению, позвоните по телефону 311 и попросите соединить Вас с координатором службы содействия лицам с ограниченными возможностями DOF или отправьте сообщение через сайт www.nyc.gov/contactdofeeo.

Вы также можете посетить Департамент финансов по адресу: 66 John Street, 3rd Floor, New York, NY 10038. Мы открыты с понедельника по пятницу, с 8:30 до 16:30.

Запись на прием приветствуется, но не обязательна. Вы можете записаться на прием на странице www.nyc.gov/dofappointments.

РАЗДЕЛ 1. Сведения о заявителе

Фамилия и имя заявителя _____

Адрес: _____ Кв. №: _____
Номер дома Название улицы

Боро: _____ Почтовый индекс: _____ Номер телефона: _____

Адрес эл. почты: _____

РАЗДЕЛ 2. Информация о третьих лицах

Заполните следующие поля, если запрос подается не заявителем, а другим лицом:

Кем приходится заявителю: _____

Имя и фамилия: _____ Номер телефона: _____

Адрес эл. почты: _____

РАЗДЕЛ 3. Информация о замораживании арендной платы или SCHE-DHE

Заполните этот раздел, если Вы подаете заявление на продление срока подачи заявления, формы или документа, связанного с программой замораживания арендной платы (Rent Freeze Program), Программой льгот для пожилых домовладельцев (Senior Citizen Homeowners' Exemption, SCHE) или Программой льгот для домовладельцев, являющихся инвалидами (Disabled Homeowners' Exemption, DHE).

Номер документа по программе замораживания арендной платы (если применимо): _____

Номер боро-блока-участка (Borough-Block-Lot, BBL) SCHE/DHE (если применимо): _____

Дата отказа в предоставлении, прекращения предоставления или истечения срока действия пособия (если применимо): _____

Угрожает ли заявителю выселение, лишение права выкупа или другие судебные действия?

☐ Да ☐ Нет

РАЗДЕЛ 4. Подтверждение

Я подтверждаю под страхом наказания за дачу заведомо ложных сведений, что сведения, которые я сообщил (-а) в настоящем документе, являются, насколько мне известно, достоверными и полными.

Подпись заявителя

Дата

Памятка по заполнению документации

- ☐ Вы ответили на все вопросы в этой форме?
- ☐ Вы поставили подпись и дату на этой форме?
- ☐ Приложили ли Вы копии соответствующих медицинских документов, подтверждающих Ваш запрос? (Эта документация необходима для обработки запроса).

Обратите внимание, что одобрение запроса о продлении срока подачи документов не гарантирует Вашего права на получение пособий. Вам может быть предложено представить дополнительные документы для подтверждения Вашего права.

Общая информация и помощь

Вы также можете посетить Департамент финансов по адресу: 66 John Street, 3rd Floor, New York, NY 10038.

Часы работы: с понедельника по пятницу, с 8:30 до 16:30.

Запись на прием приветствуется, но не обязательна. Вы можете записаться на прием на странице www.nyc.gov/dofappointments.