



Department of
Social Services

Human Resources Administration
Department of Homeless Services

Family Independence
Administration

W-137A (B) 07/10/2020 (page 1 of 3)

(E) (LDSS-3815) 03/16/2020

LLF

তারিখ: _____

কেসের নাম: _____

কেসের নম্বর: _____

কেসলোড: _____

কেন্দ্র: _____

কর্মীর টেলিফোন নম্বর: _____

FH&C টেলিফোন নম্বর: _____

জরুরী সহায়তা, অতিরিক্ত ভাতা অথবা নগদ সহায়তা মামলায় কোনো ব্যক্তিকে যোগ করার অনুরোধ (শুধুমাত্র অংশগ্রহণকারীদের জন্য) (Bengali)

আপনার জরুরী সহায়তা, অতিরিক্ত ভাতার প্রয়োজন হলে অথবা নগদ সহায়তা মামলায় কোনো ব্যক্তিকে যোগ করতে অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি পূরণ করুন।

মনে রাখবেন:

- (1) আপনি আমাদের যা বলছেন তার সপক্ষে আপনাকে প্রমাণ দিতে বলা হতে পারে। আপনার প্রমাণ প্রাপ্তিতে সমস্যা হয়ে থাকলে আপনার কর্মী অবশ্যই আপনাকে সাহায্য করবে।
- (2) আপনার এখনো আপনার কর্মীকে দেখার প্রয়োজন হতে পারে। যদি আপনার তা দরকার হয়, তাহলে আপনাকে একটি অ্যাপয়েন্টমেন্ট দেওয়া হবে।

বিভাগ I: জরুরী সহায়তা

আমি যে ধরনের জরুরী সহায়তার অনুরোধ করছি তা হল:

আমার যে কারণে জরুরী সহায়তার প্রয়োজন তা হল:

(পাতা ওল্টান)

(Worker: Scan and Index this completed form and give the signed original back to the participant.)

বিভাগ II: অতিরিক্ত ভাতা

আমি বিশেষ প্রয়োজন (গুলি)-এ নিম্নলিখিত ভাতা (গুলি)র অনুরোধ করছি:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> পূর্বের ভাড়া | <input type="checkbox"/> স্থালানির জন্য অতিরিক্ত ভাতা |
| <input type="checkbox"/> গৃহস্থালির আবশ্যিক জিনিসের মেরামতি | <input type="checkbox"/> দুর্যোগে, যেমন গৃহহীনতা বা আগুনের ফলে বা অন্য |
| <input type="checkbox"/> পূর্বের বন্ধক এবং/অথবা কর গর্ভবস্থার ভাতা | <input type="checkbox"/> কারণে নষ্ট হওয়া পোশাক প্রতিস্থাপন |
| <input type="checkbox"/> রেন্টের ভাতা কারণ আমি যেখানে বাস করি সেখানে আমি খাবার তৈরি করতে পারি না | <input type="checkbox"/> অন্যান্য: |

- সমাধি ভাতা - আপনি বা আপনার যথাযথভাবে অনুমোদিত প্রতিনিধি এই ভাতার জন্য অবশ্যই আবেদন করবেন, নিম্নলিখিত কার্যালয়ে:
Office of Burial Services
33-28 Northern Boulevard, 3rd Floor
Long Island City, NY 11101
টেলিফোন: 718-473-8310

স্থানান্তর সংক্রান্ত খরচ:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> সরানোর খরচ | <input type="checkbox"/> আসবাব ও গৃহস্থালির অন্যান্য জিনিস সিকিউরিটি |
| <input type="checkbox"/> ডিপোজিট/চুক্তি | <input type="checkbox"/> আসবাব ও ব্যক্তিগত সামগ্রীর সংগ্রহস্থল |
| <input type="checkbox"/> ব্রোকার/অনুসন্ধানকারীর ফি/ভাউচার | |

নতুন ঠিকানা: _____

(অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর অন্তর্ভুক্ত করুন)

সিটি

স্টেট

পিন কোড

আপনি কখন বাসা বদলিয়েছেন? _____

নতুন ভাড়া: \$ _____

বাড়িওয়ালার নাম: _____

প্রাথমিক ভাড়াটের নাম: _____

ঠিকানা: _____

(অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর অন্তর্ভুক্ত করুন)

সিটি

স্টেট

পিন কোড

(পাতা ওল্টান)

বিভাগ III: কাজ বিষয়ক ক্রিয়াকলাপ-সম্পর্কিত সহায়ক পরিষেবা

আমি নিম্নলিখিত সহায়ক পরিষেবার অনুরোধ জানাচ্ছি:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> চাকরি সন্ধানের ক্রিয়াকলাপের অংশগ্রহণকারীদের জন্য পোশাক যাদের অস্বাভাবিক পরিস্থিতি রয়েছে যেমন গৃহহীনতা বা সাম্প্রতিক আগুন এবং উপযুক্ত পোশাকের অভাব | <input type="checkbox"/> অনুমোদিত সীমার মধ্যে শিশু পরিচর্যা ভাতা, যদি প্রয়োজন হয় |
| <input type="checkbox"/> ক্রিয়াকলাপ/বাগদান সম্পর্কিত লাইসেন্সিং, অনুমোদিত সীমাতে ইউনিফর্ম বা টেকসই পণ্য ফি, এই জাতীয় আইটেমের প্রয়োজনীয়তা প্রমাণ করে এমন নথিপত্র জমা দেওয়ার পরে। | <input type="checkbox"/> প্রয়োজনীয় গণপরিবহণ |
| | <input type="checkbox"/> অন্যান্য কাজ সম্পর্কিত সহায়ক পরিষেবাদি: |

আবশ্যিক সহায়ক পরিষেবাগুলি আপনি যখন কোনো কাজ শুরু করবেন তখন দেওয়া হবে। আপনার পরিবর্তনের প্রয়োজন হলে অথবা যদি আপনি কোনো প্রয়োজনীয় পরিষেবা না পেতে থাকেন, তাহলে আপনার অতিরিক্ত ভাতার জন্য আবেদন করা উচিত।

বিভাগ IV: মামলায় কোনো ব্যক্তিকে যুক্ত করা

আপনার কাছে এই সমস্ত তথ্য না থেকে থাকলেও আপনি আপনার কর্মীর কাছে এই ফর্মটি জমা দিতে পারবেন। আমি আমার নগদ সহায়তার ক্ষেত্রে নিম্নলিখিত ব্যক্তি(দের)কে যোগ করতে চাই:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> নতুন বাচ্চা | <input type="checkbox"/> স্বামী/স্ত্রী যিনি আগে আবেদন করেছিলেন এবং |
| <input type="checkbox"/> শিশুসহ বাড়ি | অভিবাসন অবস্থানের কারণে প্রত্য্যথান করা হয়েছে এবং |
| <input type="checkbox"/> 18 বছরের নিচের কোনো শিশু (যার | তার অবস্থান বর্তমানে পরিবর্তন হয়েছে |
| অভিবাসন অবস্থা আমার সর্বশেষ | <input type="checkbox"/> কেসের নিজেই/প্রাপ্তবয়স্ক গ্রহীতা অন্যান্য |
| আবেদন/পুনঃপ্রত্য্যনের পরে পরিবর্তিত হয়েছে) | <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____ |
| <input type="checkbox"/> আমার সাথে একত্রে বসবাসকারী আমার | <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____ |
| স্বামী/স্ত্রী/প্রাপ্তবয়স্ক যিনি এর আগে আবেদন | |
| করেন নি (এই ব্যক্তিকে সহায়তা পেতে অবশ্যই | |
| একটি আবেদন সম্পূর্ণ করতে হবে) | |

নাম: _____

স্থানান্তর/ফেরত আসার তারিখ: _____

জন্মের তারিখ: _____

সোশ্যাল সিকিউরিটি

নম্বর (যদি জানা থাকে): _____

নাম: _____

স্থানান্তর/ফেরত আসার তারিখ: _____

জন্মের তারিখ: _____

সোশ্যাল সিকিউরিটি

নম্বর (যদি জানা থাকে): _____

AM PM

অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর

অনুরোধের তারিখ

অনুরোধের সময়

কর্মীর নাম

তারিখ