



Department of  
Social Services

Human Resources Administration  
Department of Homeless Services

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

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

LLF

Family Independence  
Administration

تاریخ:

کیس کا نام:

کیس نمبر:

کیس لوڈ:

سنٹر:

ورکر کا ٹیلی فون نمبر:

فون نمبر: FHC

## ہنگامی مدد، اضافی الائنسز کی درخواست، یا نقد امداد کیس میں ایک شخص کو شامل کریں (صرف شرکاء کے لیے) (Urdu)

براء مہربانی اس فارم کو مکمل کریں اگر آپ کو ہنگامی مدد، اضافی الائنس، یا کسی شخص کو کیس میں شامل کرنے کی ضرورت ہو۔

یاد رکھیں:

- (1) آپ جو کچھ ہم سے کہتے ہیں آپ سے اس کا ثبوت مانگا جا سکتا ہے۔ اگر آپ کو ثبوت حاصل کرنے میں مشکل پیش آ رہی ہے، تو آپ کے ورکر کو آپ کی مدد کرنی ضروری ہے۔
- (2) آپ کو پھر بھی اپنے ورکر سے ملنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اگر آپ ایسا کرتے ہیں، تو آپ کو اپائٹمنٹ دیا جا سکتا ہے۔

سیکشن I: ہنگامی مدد

جس قسم کے ہنگامی مدد کی میں درخواست کر رہا ہوں وہ مندرجہ ذیل ہے:

میری ہنگامی مدد کی ضرورت کی وجہ مندرجہ ذیل ہے:

(صفحہ پلٹن)

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

سیکشن II: اضافی الاونس  
میں مخصوص ضرورت (ضروریات) کے لیے مندرجہ ذیل الاونس کی درخواست کر رہا ہوں:

- |   |                          |                                 |                          |
|---|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| ایندہن کے لیے اضافی الاونس  | <input type="checkbox"/> | پچھلا کرایہ                     | <input type="checkbox"/> |
| جائیداد کی مرمتیں   | <input type="checkbox"/> | گھر کی ضروری اشیاء کی مرمت      | <input type="checkbox"/> |
| کسی آفت جیسے کہ بے گھر ہونے یا آگ کے نتیجے<br>میں کھوئے ہوئے لباس کی تبدیلی | <input type="checkbox"/> | رین اور/یا ٹیکسٹ کی باز ادائیگی | <input type="checkbox"/> |
| دیگر:   | <input type="checkbox"/> | حمل سے متعلق بہتہ               | <input type="checkbox"/> |

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| ریسٹورینٹ الاونس کیونکہ میں جہاں رہ رہا ہوں وہاں<br>میں کھانا نہیں بنا سکتا  | <input type="checkbox"/> |
| توفیں کا الاونس - آپ یا آپ کے مجاز نمائندے کو تدفین<br>کے دعووں کے پونٹ میں اس الاونس کے لیے درخواست<br>دینا ضروری ہے: | <input type="checkbox"/> |

Office of Burial Services  
33-28 Northern Boulevard, 3<sup>rd</sup> Floor  
Long Island City, NY 11101  
ٹیلفون: 718-473-8310

- |                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| منقل ہونے سے متعلق اخراجات:           | <input type="checkbox"/> |
| فرنیچر اور دیگر گھریلو اشیاء          | <input type="checkbox"/> |
| فرنیچر اور ذاتی سامان کی ذخیرہ اندازی | <input type="checkbox"/> |
| بروکر/فانڈر کی فیس/واوچر              | <input type="checkbox"/> |
| سیکیورٹی ڈیازٹ/معابدہ                 | <input type="checkbox"/> |
| منقل ہونے کے اخراجات                  | <input type="checkbox"/> |

نیا پتہ:

(اپارٹمنٹ نمبر شامل کریں)

زپ کوڈ	ریاست نیا کرایہ: \$	شہر	آپ کب منقل ہوئے؟
			مکان مالک کا نام:
			اصل کرایہ دار کا نام:
			پتہ:

(اپارٹمنٹ نمبر شامل کریں)

زپ کوڈ	ریاست	شہر
--------	-------	-----

### سیکشن III: کام کی سرگرمی سے متعلق امدادی خدمات

میں مندرجہ ذیل امدادی خدمات کی درخواست کر رہا ہوں:

منظور شدہ حدود کے اندر بچوں کی دیکھے بھال کا الاونس، اگر ضرورت ہو

ضروری عوامی نقل و حمل

دیگر کام کی سرگرمی سے متعلق امدادی خدمات:

ملازمت تلاش کرنے کی سرگرمیوں میں شرکاء کے لیے لباس جن کے غیر معمولی حالات ہوں، جیسے بے گھر ہونا یا حالیہ اگر اور مناسب لباس کا فقدان ملازمت تلاش کرنے کی سرگرمیوں میں شرکاء کے لیے لباس جن کے غیر معمولی حالات ہوں، جیسے بے گھر ہونا یا حالیہ اگر اور مناسب لباس کا فقدان

منظور شدہ حدود کے اندر سرگرمی/مصروفیت سے متعلق لائسنسنگ، لباس یا پائیدار سامانوں کی فیس، ان دستاویزات کے جمع کرنے پر جو ایسے اشیاء کی ضرورت کی تصدیق کرے

ضروری امدادی خدمات فرایم کی جائیں گی جب آپ کوئی کام کی سرگرمی شروع کرتے ہیں۔ اگر آپ کی ضروریات تبدیل ہوتی ہیں یا اگر آپ ضروری خدمت حاصل نہیں کر رہے ہیں، تو آپ کو اضافی الاونس کے لیے درخواست دینی چاہئے۔

### سیکشن IV: کیس میں کسی شخص کو شامل کرنا

اگر آپ کے پاس یہ سب معلومات نہیں ہیں، تب بھی آپ اس فارم کو اپنے ورکر کے پاس جمع کر سکتے ہیں۔ میں اپنے نقد امداد کے کیس میں مندرجہ ذیل شخص (اشخاص) کو شامل کرنا چاہتا ہوں:

نیا بچہ  
 بچہ گھر میں داخل ہوا

شریک حیات جنہوں نے پہلے درخواست دی تھی اور جن کی درخواست کو امیگریشن اسٹیشن کی وجہ سے مسترد کر دیا گیا تھا اور اب اس کا اسٹیشن بدل گیا ہے

کیس کا میں خود/ بالغ وصول کننده  
 دیگر

عمر 18 سال سے کم عمر بچہ (میری آخری درخواست/تصدیق کے بعد سے جس کی تارکین وطن کی)  
 میرے ساتھ رہنے والا شریک حیات/بالغ نے ماضی میں درخواست نہیں دی تھی (اس شخص کو مدد حاصل کرنے کے لیے درخواست کو مکمل کرنا ضروری ہے)

نام: \_\_\_\_\_ نام: \_\_\_\_\_

منتقل ہونے/لوٹنے کی تاریخ: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_

تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_ سوشنل سیکیورٹی نمبر (اگر معلوم ہو): \_\_\_\_\_

سوشنل سیکیورٹی نمبر (اگر معلوم ہو): \_\_\_\_\_

PM  AM  درخواست کا وقت درخواست کی تاریخ شرکت کننده کا دستخط

تاریخ

کارکن کا نام