



Department of  
Social Services

Human Resources Administration  
Department of Homeless Services

Family Independence  
Administration

W-137A (B) 04/21/2020 (page 1 of 3)

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

LLF

তারিখ: \_\_\_\_\_

কেসের নাম: \_\_\_\_\_

কেসের নম্বর: \_\_\_\_\_

কেসলোড: \_\_\_\_\_

কেন্দ্র: \_\_\_\_\_

কর্মীর টেলিফোন নম্বর: \_\_\_\_\_

এফএইচ&সি/ FH&C

টেলিফোন নম্বর: \_\_\_\_\_

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

যদি আপনার জরুরী সহায়তা, অতিরিক্ত ভাতাদি, অথবা কেসে কোনো ব্যক্তিকে সংযুক্ত করার প্রয়োজন হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি পূরণ করুন

**মনে রাখবেন:**

(1) আপনি আমাদেরকে যা বলেন তা প্রমাণ করতে বলা হতে পারে। প্রমাণ খুঁজে পেতে আপনার যদি কোনো সমস্যা হয়, তাহলে আপনার কর্মী

আপনাকে অবশ্যই সহায়তা করবে।

(2) তারপরও আপনার কর্মীর সাথে আপনার দেখা করার প্রয়োজন হতে পারে। আপনি যদি তা করেন, তাহলে আপনাকে সাক্ষাৎকারের একটি তারিখ দেওয়া হতে পারে।

---

**সেকশন I: আপৎকালীন সহায়তা**

যে ধরনের জরুরী সহায়তার জন্য আমি অনুরোধ করছি, তা হলো:

যে কারণে আমার জরুরী সহায়তা প্রয়োজন, তা হলো:

---

(পরের পাতায় যান)

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

**সেকশন II: অতিরিক্ত ভাতাদি**

আমি বিশেষ প্রয়োজনে(গুলো) নিচের ভাতার(গুলোর) অনুরোধ করছি:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> পূর্বের ভাড়া  | <input type="checkbox"/> জ্বালানীর জন্য অতিরিক্ত ভাতা   |
| <input type="checkbox"/> বাড়ির অপরিহার্য জিনিসপত্রের মেরামত  | <input type="checkbox"/> সম্পত্তি সারাই   |
| <input type="checkbox"/> পূর্বের বন্ধকী এবং/অথবা করসমূহ   | <input type="checkbox"/> দুর্ঘ্যোগে- যেমন গৃহহীনতা বা আগুনের ফলে নষ্ট হওয়া পোশাক প্রতিস্থাপন |
| <input type="checkbox"/> গর্ভবতী থাকাকালীন অনুদান   | <input type="checkbox"/> অন্যান্য:  |
| <input type="checkbox"/> রেন্টোরা ভাতা কারণ আমি যেখানে বাস করি সেখানে আমি খাবার তৈরি করতে পারি না                                       |   |
| <input type="checkbox"/> সমাধি ভাতা - আপনি বা আপনার যথাযথভাবে অনুমোদিত প্রতিনিধি এ 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"/> স্থান পরিবর্তন করার জন্য ব্যয়   | <input type="checkbox"/> আসবাবপত্র এবং অন্যান্য গৃহস্থালির জিনিসপত্র |
| <input type="checkbox"/> বন্ধক জমা/চুক্তি                 | <input type="checkbox"/> আসবাবপত্র ও ব্যক্তিগত জিনিসপত্র সংরক্ষণাগার |
| <input type="checkbox"/> দালালের/অনুসন্ধানকারীর ফি/ভাউচার |  |

নতুন ঠিকানা:

(অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর অন্তর্ভুক্ত করুন)

সিটি

স্টেট

জিপ কোড

আপনি কখন স্থানান্তরিত হয়েছিলেন?

নতুন ভাড়া: \$ \_\_\_\_\_

বাড়িওয়ালার নাম:

প্রাথমিক ভাড়াটিয়ার নাম:

ঠিকানা:

(অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর অন্তর্ভুক্ত করুন)

সিটি

স্টেট

জিপ কোড

(পরের পাতায় যান)

**সেকশন III: কাজ সংক্রান্ত সহায়ক পরিষেবাসমূহ**

আমি নিম্নলিখিত সহায়ক পরিষেবাদির অনুরোধ করছি:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> চাকরি খোঁজার কার্যক্রমে অংশগ্রহণকারীদের জন্য পোশাক যাদের আছে <b>ব্যতিক্রমী</b> পরিস্থিতি যেমন গৃহহীনতা বা সাম্প্রতিক অগ্নিকাণ্ড এবং উপযুক্ত পোশাকের অভাব                             | <input type="checkbox"/> অনুমোদিত সীমার মধ্যে শিশু পরিচর্যা ভাতা, যদি প্রয়োজন হয় |
| <input type="checkbox"/> কার্যক্রম/নিয়োজিত থাকা সম্পর্কিত লাইসেন্সিং, ইউনিফর্ম অথবা অনুমোদিত সীমার মধ্যে অভিন্ন বা টেকসই পণ্য ফি; উপযুক্ত প্রমাণাদি উপস্থাপন সাপেক্ষে যা এইসব আইটেমের প্রয়োজন সত্যায়ন করে। | <input type="checkbox"/> প্রয়োজনীয় গণপরিবহণ                                      |
|   | <input type="checkbox"/> অন্যান্য কাজ সম্পর্কিত সহায়ক পরিষেবাদিঃ                  |
- 

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

**সেকশন IV: কেসে নতুন ব্যক্তি সংযুক্ত করুন**

আপনার যদি সকল তথ্য না থাকে, তারপরও আপনি এই ফর্মটি আপনার কর্মীর নিকট পেশ করতে পারেন।

নিম্নে উল্লিখিত ব্যক্তি (দের) আমি আমার নগদ সহায়তা কেসে সংযুক্ত করতে চাই:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> নতুন বাচ্চা   | <input type="checkbox"/> স্বামী-স্ত্রী যিনি আগে আবেদন করেছিলেন এবং অভিবাসন অবস্থানের কারণে প্রত্যাহান করা হয়েছিল এবং তার অবস্থান বর্তমানে পরিবর্তিত হলে |
| <input type="checkbox"/> বাড়িতে আসা শিশু  | <input type="checkbox"/> কেসের নিজেই/প্রাপ্তবয়স্ক গ্রহীতা   |
| <input type="checkbox"/> 18 বছরের কম বয়সী বাচ্চা (আমার সর্বশেষ আবেদন/পুনরায় প্রত্যায়নের পর থেকে যার অভিবাসন অবস্থান পরিবর্তন হয়েছে)  | <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____  |
| <input type="checkbox"/> আমার সাথে একত্রে বসবাসকারী আমার স্বামী-স্ত্রী/প্রাপ্তবয়স্ক যিনি এর আগে আবেদন করেন নি (এই ব্যক্তিকে সহায়তা পেতে অবশ্যই একটি আবেদন সম্পূর্ণ করতে হবে) | <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____  |

নাম: \_\_\_\_\_

নাম: \_\_\_\_\_

স্থানান্তর/ফেরত আসার তারিখ: \_\_\_\_\_

স্থানান্তর/ফেরত আসার তারিখ: \_\_\_\_\_

জন্ম তারিখ: \_\_\_\_\_

জন্ম তারিখ: \_\_\_\_\_

সোশ্যাল সিকিউরিটি

সোশ্যাল সিকিউরিটি

নম্বর (যদি জানা থাকে): \_\_\_\_\_

নম্বর (যদি জানা থাকে): \_\_\_\_\_

অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর

অনুরোধের তারিখ

অনুরোধের সময়

- AM/পূর্বাঙ্ক  PM/অপরাহ্নকালীন

কর্মীর নাম

তারিখ