

অক্ষমতা নির্ধারণ করার অনুরোধ

NYC Human Resources
Administration
Department of
Social Services

MAP-3177 (B) 02/10/2023

তারিখ: _____

কেসের নাম: _____

কেস নম্বর (যদি জানা থাকে): _____

সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশন (Social Security Administration, SSA), সাল্লিমেন্টাল সিকিউরিটি ইনকাম (Supplemental Security Income, SSI) বা সোশ্যাল সিকিউরিটি ডিসএবিলিটি ইন্স্যুরেন্স (Social Security Disability Insurance, SSDI) যদি আপনার অক্ষমতা নির্ধারণ করে থাকে তবে এই ফর্মটি জমা দেবেন **না**।

নাম: _____ পদবি: _____ মধ্যনামের আদ্যক্ষর: _____

ডাকযোগে চিঠি
পাঠানোর ঠিকানা: _____ জন্ম তারিখ: _____ বয়স: _____

ফোন নম্বর: _____ SSN (কেবলমাত্র শেষ চারটি সংখ্যা): _____

অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত বক্সগুলিতে টিক (✓) চিহ্ন দিন

কর্মরত হ্যাঁ না

দৃষ্টিশক্তিহীন হ্যাঁ না

শ্রবণশক্তিহীন (TTY) হ্যাঁ না

আবেদনকারী / প্রাপক (A/R) -এর কি চিকিৎসা সংক্রান্ত
ছাড়ের প্রয়োজন আছে? হ্যাঁ না

যদি **থাকে**, তাহলে ছাড়ের ধরন: _____

যে ভাষায় কথা বলেন: _____ যে ভাষায় লেখেন: _____

Authorized Representative (Person assisting you with the disability determination request):

First Name: _____ Last Name: _____ MI: _____

Mailing Address: _____ Phone Number: _____

Authorized Representative may (check (✓) all that apply):

Apply Renew Medicaid Application Discuss Medicaid Application/Case Receive Mail/Correspondence

আবেদনকারী/প্রাপকের স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

Authorized Representative Signature: _____ Date: _____