

ہوم انرجی اسسٹنس پروگرام کی درخواست

اگر آپ نا بینا ہیں یا شدید طور پر بصارتی نقص کے شکار ہیں اور آپ کو یہ درخواست کسی متبادل شکل میں چاہیے تو آپ اپنی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے اس کے لیے درخواست کر سکتے ہیں۔ دستیاب فارمیٹس کی قسموں اور متبادل فارمیٹ میں درخواست طلب کرنے کے طریقے کے بارے میں اضافی معلومات کے لیے، منسلک ہدایات دیکھیں یا www.otda.ny.gov ملاحظہ کریں۔

اگر آپ نابینا ہیں یا آپ کی نگاہ بہت زیادہ کمزور ہے تو کیا آپ تحریری نوٹسز متبادل فارمیٹ میں حاصل کرنا پسند کریں گے/گی؟ _____ ہاں _____ نہیں

اگر ہاں تو اس فارمیٹ کی نوعیت کو نشان زد کریں جو آپ پسند کرتے ہیں:

_____ بڑے حروف والے _____ ڈیٹا CD _____ آڈیو CD

_____ بریل، اگر آپ دعویٰ کے ساتھ کہتے ہیں کہ آپ کے لیے کوئی بھی دیگر متبادلات مساوی طور پر مؤثر ثابت نہیں ہوں گے۔

اگر آپ کو کوئی دیگر سہولت درکار ہو تو براہ مہربانی اپنے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے رابطہ کریں۔

ہوم انرجی اسسٹنس پروگرام کی درخواست

براہ کرم درخواست کے پیچھے منسلک ہدایات کو پڑھیں۔ تمام سوالات کے جواب دیں۔ براہ کرم صاف صاف پرنٹ کریں اور سیکشن 9 میں موجود فارم پر دستخط کریں۔

اگر آپ کو مدد کی ضرورت ہو تو اوپر درج ایجنسی سے رابطہ کریں								Agency Use Only	
								DSS	OFA/Alternate Certifier
								Date Received	Date Received
Agency Use Only									
Application Date	Office	Unit ID	Worker ID	Case Type	Case Number	Registry Number	Vers.		
Case Name				<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Heating Eqpt	<input type="checkbox"/> Cooling			
				<input type="checkbox"/> Emergency	<input type="checkbox"/> Clean & Tune	<input type="checkbox"/> Other_____			

سیکشن 1: درخواست دہندہ کی معلومات

جنسی شناخت، نسل اور قومیت اختیاری ہیں۔ جنسی شناخت کے لیے براہ کرم مندرجہ ذیل استعمال کریں: مرد، عورت، غیر واضح جنس، X، مخنث، بتانا نہیں چاہتے ہیں، یا کوئی مختلف شناخت (براہ کرم وضاحت کریں)۔ نسلی شناخت کے لیے براہ کرم مندرجہ ذیل استعمال کریں: امریکی انڈین یا الاسکا کے قبائلی (I)، ایشیائی (A)، سیاہ فام یا افریقی امریکی (B)، کثیر النسل (M)، ہوائی کا قبائلی یا دیگر جزائر بحر الکاہل کا باشندہ (P)، سفید فام (W)، دیگر (O)۔

1. پہلا نام: _____ درمیانی نام کا پہلا حرف: _____ آخری نام: _____
تاریخ پیدائش: _____ جنس: مرد عورت X جنسی شناخت (اختیاری): _____
سوشل سیکورٹی نمبر: _____ شہری/امریکی شہری یا مصدقہ غیر شہری ہاں نہیں
قومیت: ہسپانوی قومیت، لاطینی یا ہسپانوی نژاد (اختیاری) ہاں نہیں قومیت: (اختیاری) _____
سٹریٹ پتہ: _____ کاؤنٹی: _____
شہر: _____ سٹیٹ: _____ زپ: _____ اس پتے پر رہنے کی مدت: _____
3. میلنگ پتہ اگر اوپر دیے گئے پتے سے مختلف ہو تو: _____
4. دن کے اوقات کا فون نمبر: _____ کال کرنے کا موزوں ترین وقت: _____
5. وہ دیگر نام جن سے میں جانا جاتا ہوں یہ ہیں: _____
6. کیا آپ نے کبھی بھی HEAP کے لیے درخواست دی ہے؟ ہاں نہیں
اگر ہاں، تو آپ کے آخری درخواست کی تاریخ کیا تھی؟ _____
7. اگر انٹرویو درکار ہو تو براہ کرم اپنی ترجیح چنیں: فون انٹرویو بالمشافہ انٹرویو
8. آپ کون سی زبان بولنے کو ترجیح دیتے ہیں؟ _____ آپ کون سی زبان مڑھنے کو ترجیح دیتے ہیں؟ _____
9. کیا آپ کو مفت مترجم کی ضرورت پڑے گی؟ ہاں نہیں
10. کیا آپ یا آپ کے پتے پر رہنے والے کسی بھی فرد کو تکمیلی غذائی امدادی پروگرام (SNAP) یا عارضی معاونت (TA) ملی ہے یا اس کے لیے حال ہی میں درخواست دی ہے؟ ہاں نہیں اگر ہاں، تو وہ کون ہے؟ _____ کیس نمبر: _____
11. کیا آپ کے گھرانے کا کوئی فرد معذور یا نابینا ہے؟ ہاں نہیں اگر ہاں، تو وہ کون ہے؟ _____
12. کیا آپ کے گھرانے کا کوئی فرد سابق فوجی ہے؟ ہاں نہیں اگر ہاں، تو وہ کون ہے؟ _____

سیکشن 2: گھرانے کی معلومات

اپنے ساتھ رہنے والے افراد کے نام درج کریں: حسب ضرورت اضافی شیٹیں منسلک کریں۔ جنسی شناخت، نسل اور قومیت اختیاری ہیں۔ جنسی شناخت کے لیے براہ کرم مندرجہ ذیل استعمال کریں: مرد، عورت، غیر واضح جنس، X، مخنث، بتانا نہیں چاہتے ہیں، یا کوئی مختلف شناخت (براه کرم وضاحت کریں)۔ نسلی شناخت کے لیے براہ کرم مندرجہ ذیل استعمال کریں: امریکی انڈین یا الاسکا کے قبائلی (I)، ایشیائی (A)، سیاہ فام یا افریقی امریکی (B)، کثیر النسل (M)، ہوائی کا قبائلی یا دیگر جزائر بحر الکاہل کا باشندہ (P)، سفید فام (W)، دیگر (O)۔

پہلا نام: _____ درمیانی نام کا پہلا حرف: _____ آخری نام: _____ تاریخ پیدائش: _____
 جنس: مرد عورت X جنسی شناخت (اختیاری): _____ درخواست دہندہ کے ساتھ رشتہ: _____
 سوشل سیکورٹی نمبر: _____ شہری/امریکی شہری یا اہل پردیسی ہاں نہیں
 قومیت: ہسپانوی قومیت، لاطینی یا ہسپانوی نژاد (اختیاری) ہاں نہیں کوئی قومیت نہیں: (اختیاری) _____

پہلا نام: _____ درمیانی نام کا پہلا حرف: _____ آخری نام: _____ تاریخ پیدائش: _____
 جنس: مرد عورت X جنسی شناخت (اختیاری): _____ درخواست دہندہ کے ساتھ رشتہ: _____
 سوشل سیکورٹی نمبر: _____ شہری/امریکی شہری یا اہل پردیسی ہاں نہیں
 قومیت: ہسپانوی قومیت، لاطینی یا ہسپانوی نژاد (اختیاری) ہاں نہیں کوئی قومیت نہیں: (اختیاری) _____

پہلا نام: _____ درمیانی نام کا پہلا حرف: _____ آخری نام: _____ تاریخ پیدائش: _____
 جنس: مرد عورت X جنسی شناخت (اختیاری): _____ درخواست دہندہ کے ساتھ رشتہ: _____
 سوشل سیکورٹی نمبر: _____ شہری/امریکی شہری یا اہل پردیسی ہاں نہیں
 قومیت: ہسپانوی قومیت، لاطینی یا ہسپانوی نژاد (اختیاری) ہاں نہیں کوئی قومیت نہیں: (اختیاری) _____

پہلا نام: _____ درمیانی نام کا پہلا حرف: _____ آخری نام: _____ تاریخ پیدائش: _____
 جنس: مرد عورت X جنسی شناخت (اختیاری): _____ درخواست دہندہ کے ساتھ رشتہ: _____
 سوشل سیکورٹی نمبر: _____ شہری/امریکی شہری یا اہل پردیسی ہاں نہیں
 قومیت: ہسپانوی قومیت، لاطینی یا ہسپانوی نژاد (اختیاری) ہاں نہیں کوئی قومیت نہیں: (اختیاری) _____

پہلا نام: _____ درمیانی نام کا پہلا حرف: _____ آخری نام: _____ تاریخ پیدائش: _____
 جنس: مرد عورت X جنسی شناخت (اختیاری): _____ درخواست دہندہ کے ساتھ رشتہ: _____
 سوشل سیکورٹی نمبر: _____ شہری/امریکی شہری یا اہل پردیسی ہاں نہیں
 قومیت: ہسپانوی قومیت، لاطینی یا ہسپانوی نژاد (اختیاری) ہاں نہیں کوئی قومیت نہیں: (اختیاری) _____

پہلا نام: _____ درمیانی نام کا پہلا حرف: _____ آخری نام: _____ تاریخ پیدائش: _____
 جنس: مرد عورت X جنسی شناخت (اختیاری): _____ درخواست دہندہ کے ساتھ رشتہ: _____
 سوشل سیکورٹی نمبر: _____ شہری/امریکی شہری یا اہل پردیسی ہاں نہیں
 قومیت: ہسپانوی قومیت، لاطینی یا ہسپانوی نژاد (اختیاری) ہاں نہیں کوئی قومیت نہیں: (اختیاری) _____

گھر میں رہنے والے افراد کی مجموعی تعداد: _____

سیکشن 3: رہائشگاہ کی معلومات

1. براہ کرم اس باکس پر نشان لگائیں جو آپ کی رہائشی صورتحال کی سب سے درست نمائندگی کرتا ہو
- گھر کا مالک**
- تنہا فیملی والا گھر یا تیار کردہ گھر
- متعدد خاندانوں والا مکان؛ یونٹس کی تعداد درج کریں _____
- کو-آپ/کونڈو مالک
- لائف اسٹیٹ/لائف استعمال
- کرایہ دار**
- نجی گھر، اپارٹمنٹ، یا تیار کردہ گھر
- مراعات یافتہ کرایہ**
- مراعات یافتہ نجی ہاؤسنگ
- پبلک ہاؤسنگ پروجیکٹ یا سینئر ہاؤسنگ
- مراعات یافتہ پبلک ہاؤسنگ
- دیگر**
- میں کسی اور کے ساتھ رہتا ہوں اور اخراجات شیئر کرتا ہوں
- میں کمرے کا کرایہ ادا کرتا ہوں
- میں کمرے اور کھانے پینے کی ادائیگی کرتا ہوں
- مستقل ہوٹل/موٹیل
- قیام کی دیگر صورتحال: _____

2. میرے ماہانہ کرایہ یا مارگیج کی ادائیگی کی رقم یہ ہے: \$ _____ کوئی نہیں

3. اگر اطلاق ہو تو، آپ جس اپارٹمنٹ بلڈنگ یا ہاؤسنگ پروجیکٹ میں رہتے ہیں اس کا نام: _____

سیکشن 4: حرارت اور یوٹیلٹی کی معلومات

1. کیا آپ حرارت کے لئے ادائیگی کرتے ہیں؟ ہاں - براہ کرم مندرجہ ذیل معلومات مکمل کریں نہیں

حرارت کا میرا مرکزی ذریعہ یہ ہے:

- قدرتی گیس
- ایندھن تیل
- لکڑی/لکڑی کے گٹھر
- کیروسین
- بجلي
- پروپین یا بوتل گیس
- کوئلہ یا مٹی
- دیگر _____

میری ایندھن کی ٹنکی یہ ہے: انفرادی ٹنکی میٹر والی ٹنکی

کیا حرارتی بل آپ کے نام پر آتا ہے؟ ہاں نہیں

اگر نہیں، تو بل پر درج نام: _____ آپ کے ساتھ رشتہ: _____

کیا آپ بل کی ادائیگی کے لیے براہ راست ذمہ دار ہیں؟ ہاں نہیں

آپ کی ہیٹنگ کا اکاؤنٹ نمبر ہے: _____ آپ کی ہیٹنگ کمپنی کا نام: _____

آپ کی ہیٹنگ کمپنی کا پتہ: _____

2. کیا آپ حرارت کے علاوہ بجلی کے بل کی ادائیگی علیحدہ سے کرتے ہیں؟ ہاں - براہ کرم مندرجہ ذیل معلومات مکمل کریں نہیں

کیا بجلی کا بل آپ کے نام پر ہے؟ ہاں نہیں اگر نہیں، تو بل پر درج نام: _____

آپ کا بجلی کا اکاؤنٹ نمبر ہے: _____ آپ کی بجلی کمپنی کا نام: _____

آپ کی بجلی کمپنی کا پتہ: _____

کیا بھٹی چلانے کے لیے بجلی ضروری ہے؟ ہاں نہیں

کیا آپ کے اپارٹمنٹ میں تھرموسٹیٹ کو چلانے کے لیے بجلی ضروری ہے؟ ہاں نہیں

3. کیا حرارت آپ کے کرائے میں شامل ہے؟ ہاں نہیں

4. کیا بجلی آپ کے کرائے میں شامل ہے؟ ہاں نہیں

سیکشن 5: گھرانے کی آمدنی

پچھلے مہینے کے لیے گھرانے کے تمام ممبروں کی آمدنی کی معلومات فراہم کریں، جس میں آپ بھی بشمول۔ درخواست دہندہ کو آمدنی کا ثبوت فراہم کرنا ہوگا۔ درخواست دہندہ گھرانے کے دوسرے افراد کی جانب سے آمدنی کی معلومات کی تصدیق کر سکتا ہے۔ آمدنی کا ماخذ بے آجر کا نام، سوشل سیکورٹی، سوشل سیکورٹی معذوری، اعانت اطفال، کرایہ کی آمدنی، بے روزگاری، وغیرہ۔ کثرت یہ ہے کہ آپ کو کتنی بار ادائیگی کی جاتی ہے: ہفتہ واری، ماہانہ، ہفتہ میں دو بار، وغیرہ۔ مجموعی رقم وہ رقم ہے جو آپ کو کٹوتیوں سے پہلے ادا کی جاتی ہے۔ اگر میڈیکینر حاصل کرتے ہیں تو، براہ کرم مجموعی رقم درج کریں اور حصہ B اور / یا D کے لیے ادا کردہ رقم کی نشاندہی کریں۔

حاصل کرنے والے کا نام	آمدنی کا ذریعہ	کثرت	مجموعی رقم	میڈیکینر حصہ B اور / یا D
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____

کیا آپ کے گھر میں 18 سال یا اس سے زیادہ عمر کا کوئی ایسا شخص ہے جس کی کسی بھی ذریعے سے کوئی آمدنی نہیں ہے؟

ہاں نہیں

اگر ہاں، تو ان تمام ممبران کے نام درج کریں جن کی کوئی آمدنی نہیں ہے: _____

کیا آپ کے گھرانے میں کوئی ایسا فرد ہے جو ہائی اسکول یا کالج کا طالب علم ہے اور مکمل طور پر آپ کے زیر کفالت ہے؟

ہاں نہیں

اگر ہاں، تو ممبران کے نام درج کریں: _____

سیکشن 6: آمدنی کے دیگر ذرائع

1. کیا آپ کرائے کی آمدنی حاصل کرتے ہیں؟ ہاں نہیں اگر ہاں، تو مجموعی ماہانہ رقم کتنی ہے؟ \$ _____

2. کیا آپ کمرہ/بورڈ حاصل کرتے ہیں؟ ہاں نہیں اگر ہاں، تو مجموعی ماہانہ رقم کتنی ہے؟ \$ _____

3. کیا آپ خود روزگار آمدنی حاصل کرتے ہیں؟ ہاں نہیں کاروبار کی قسم؟ _____

اگر ہاں، تو آپ موجودہ سال یا اس سے پہلے کے ٹیکس سال کے لئے اپنے داخل کردہ وفاقی ٹیکس ریٹرن کی بنیاد پر اپنے کرایہ اور/یا خود روزگار کی آمدنی کا حساب لگانے کا انتخاب کر سکتے ہیں اگر آپ نے ابھی تک موجودہ سال کے لئے فائل نہ کیا ہو، بشمول تمام قابل اطلاق شیڈولز، یا اپنی درخواست سے پہلے تین (3) ماہ کی بنیاد پر۔

براہ کرم کوئی ایک طریقہ چنیں: فائل کردہ وفاقی ٹیکس ریٹرن تین مہینے

4. کیا آپ کے خاندان کو بچت، چیکنگ، CD، منی مارکیٹ اکاؤنٹس، اسٹاکس، بانڈز، سیکیورٹیز، یا IRA، 401K، یا اینونٹیز وغیرہ سے کوئی سود یا سرمایہ کاری کی آمدنی ملتی ہے؟ ہاں نہیں اگر ہاں، تو نیچے درج کریں۔ ہر اکاؤنٹ کو علیحدہ طور پر درج کریں۔

ببینک کا نام/منافع یا تقسیم کا ذریعہ	سال بہ تاریخ موصول ہونے والی رقم	اکاؤنٹ کی قسم
_____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	_____

5. کیا کسی دوسرے ذریعے سے کوئی دیگر آمدنی ہے؟ ہاں نہیں
ذریعہ: _____ کون حاصل کرتا ہے؟ _____ مجموعی ماہانہ رقم کتنی ہے؟ \$ _____

سیکشن 7: اہم اطلاعات

اہم اطلاع

آپ کو معلوم ہونا چاہیے کہ HEAP بینیفٹ کی ادائیگیوں کے لیے محدود رقم دستیاب ہے۔ دستیاب رقم ختم ہو جانے کے بعد کوئی بینیفٹ جاری نہیں کیا جائے گا، لہذا ہمارا پُر زور پشورہ ہے کہ آپ جتنا جلد ممکن ہو اپنی درخواست مکمل کر کے اسے جمع کروا دیں۔

ذاتی رازداری کا قانون – کلانٹس کے لیے اطلاع

1 ستمبر 1984 سے نافذ العمل ریاست کے پرسنل پرائیویسی پروٹیکشن لاء میں بتایا گیا ہے کہ ہمیں آپ کو یہ بتانا ہوگا کہ آپ نے ہمیں اپنے اور اپنے خاندان کے بارے میں جو معلومات فراہم کریں گے اس کا ریاست کیا کرے گی۔ ہم معلومات کا استعمال یہ معلوم کرنے کے لیے کرتے ہیں کہ آیا آپ گھریلو توانائی میں اعانت والے پروگرام کے اہل ہیں اور، اگر ایسا ہے تو، کتنے کے لیے۔ قانون کا وہ سیکشن جو ہمیں آپ کے بارے میں معلومات اکٹھا کرنے کا حق دیتا ہے وہ سوشل سروسز لاء کا سیکشن 21 ہے۔ آپ اور آپ کے خاندان کو قانونی طور پر حاصل ہونے والی تمام اعانت ملنے کو یقینی بنانے کے لیے، ہم آپ کی فراہم کردہ معلومات کے بارے میں مزید جاننے کے لیے دیگر ذرائع سے جانچ پڑتال کرتے ہیں۔ مثال کے طور پر:

- ہم یہ جاننے کے لیے جانچ کر سکتے ہیں کہ آیا آپ یا آپ کے گھرانے کا کوئی فرد کام کر رہا ہے۔ ہم ایسا ریاست کے محکمہ برائے ٹیکس اور مالیات اور معروف آجروں کو آپ کا نام اور سوشل سیکورٹی نمبر بھیج کر کرتے ہیں، تاکہ وہ ہمیں بتائیں کہ کیا آپ نے کام کیا ہے اور، اگر ایسا ہے تو، آپ نے کتنی کمائی کی ہے۔
- ہم ریاست کو بے روزگاری بیمہ ڈویژن سے یہ معلوم کرنے کے لیے کہہ سکتے ہیں کہ آیا آپ یا آپ کے گھرانے کے کسی فرد بے روزگاری کے بینیفٹس حاصل کر رہے تھے۔
- ہم اس بات کو یقینی بنانے کے لیے بینکوں سے معلوم کر سکتے ہیں کہ ہمیں آپ یا آپ کے گھرانے کے کسی بھی فرد کو ملنے والی کسی آمدنی کے بارے میں معلومات ہو۔

اس درخواست میں آپ کی فراہم کردہ معلومات کو استعمال کرنے کے علاوہ، ریاست گھریلو توانائی کی معاونت حاصل کرنے والے تمام افراد کے بارے میں اعداد و شمار تیار کرنے کے لئے بھی ان معلومات کا استعمال کرتی ہے۔ یہ معلومات پروگرام کی منصوبہ بندی اور نظم و نسق کے لیے استعمال کی جاتی ہیں۔ یہ معلومات ریاست کے ذریعے اس بات کو یقینی بنانے کے لیے استعمال کی جاتی ہے کہ مقامی ڈسٹرکٹس جو بہترین کام کر سکتے ہیں کر رہے ہیں۔ اسے یہ یقینی بنانے کے لیے کہ آپ کا توانائی سپلائر کون ہے اور اس طرح کے وینڈرز کو مخصوص ادائیگیاں کرنے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ آپ کے ذریعہ ہمیں درکار معلومات فراہم کرنے میں آپ کی ناکامی ہمیں یہ معلوم کرنے سے روک سکتی ہے کہ آیا آپ اعانت کے اہل ہیں اور پھر ہمیں آپ کی درخواست سے انکار کرنا پڑ سکتا ہے۔ یہ معلومات کمشنر، آفس آف ٹیمپورری اینڈ ڈس ایبیلیٹی اسسٹنس، 40 North Pearl Street, Albany, New York 12243-0001 کے پاس رکھی ہیں۔ اپنی درخواست اس پتے پر برگز نہ بھیجیں۔

سیکشن 8: مجاز نمائندہ

آپ اپنے گھرانے کے حالات سے واقفیت رکھنے والے کسی بھی فرد کو اپنا مجاز نمائندہ نامزد کرسکتے ہیں۔ آپ کا مجاز نمائندہ: آپ کی HEAP درخواست مکمل اور فائل کر سکتا ہے، ایجنسی سے رابطہ اور آپ کے کارکن سے بات کر سکتا ہے، آپ کی کیس فائل میں موجود اہلیت کی معلومات تک رسائی حاصل کر سکتا ہے، آپ کے لیے تمام فارم مکمل کر سکتا ہے، دستاویزات فراہم کر سکتا ہے، ایجنسی کے فیصلوں کے خلاف اپیل کر سکتا ہے۔ آپ کے لیے ابھی بھی اس درخواست پر دستخط کرنا ضروری ہے۔ مجاز نمائندے کا عہدہ موجودہ HEAP سیزن کے لیے تب تک مؤثر رہے گا جب تک کہ آپ اسے منسوخ نہ کر دیں۔ HEAP پروگرام کے ہر سال میں آپ سے پوچھا جائے گا کہ آیا آپ کسی مجاز نمائندے کو نامزد کرنا چاہتے ہیں۔

میں کسی مجاز نمائندہ کو نامزد کرنا چاہوں گا۔ ہاں - نیچے معلومات مکمل کریں نہیں

مجاز نمائندے کا نام: _____

پتہ: _____

فون نمبر: _____

سیکشن 9: رضامندی اور دستخط**ذیل میں اہم معلومات پڑھیں**

میں قسم کھاتا ہوں اور/یا اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ اس درخواست میں فراہم کردہ معلومات سچ اور درست ہیں۔ میں اس بات سے واقف ہوں کہ اس درخواست اور اس کے بعد HEAP کی اعانت کے سلسلے میں میری طرف سے جان بوجھ کر دینے گئے کسی بھی جھوٹے بیانات یا دیگر غلط بیانی کے نتیجے میں مجھے یا میری طرف سے ادا کی جانے والی اعانت کے لیے نااہل قرار دیا جاسکتا ہے۔ اس کے علاوہ، اس پروگرام کے تحت اعانت حاصل کرنے کے مقاصد کے لیے میرے ذریعہ جان بوجھ کر دیے گئے کسی بھی جھوٹے بیان یا غلط بیانی کے نتیجے میں میرے خلاف کارروائی ہوسکتی ہے جس کے نتیجے میں مجھے دیوانی اور/یا فوجداری سزاؤں کا مستوجب قرار دیا جاسکتا ہے۔

رضامندی

میں سمجھتا ہوں کہ اس درخواست/تصدیق پر دستخط کر کے، میں اس کے ساتھ اور گھریلو توانائی میں اعانت کے پروگرام (Home Energy Assistance Program, HEAP) کے بینیفٹس کی کسی دیگر درخواست کے سلسلے میں اپنی فراہم کردہ معلومات کی توثیق یا تصدیق کرنے کے لیے کسی تفتیش اور کسی مجاز سرکاری ایجنسی کے ذریعہ دیگر تفتیش کو منظوری دیتا ہوں۔ میں اس درخواست میں فراہم کردہ معلومات کو دستیاب ویدر انزیشن معاونتی پروگرامز اور میری یوٹیلیٹی کمپنی کے کم آمدنی والے پروگرامز میں استعمال کے لیے بھی رضامند ہوں۔

میں یہ بات بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ریاست میری سوشل سیکیورٹی نمبر کو و میے ہون اینرجی وینڈرز کی HEAP رسید کی توثیق کرنے کے لیے کرے گا۔ اس اجازت دہندگی میں دفتر برائے عارضی اور معذوری سے متعلق اعانت کو مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ اور ریاستہائے متحدہ کے محکمہ برائے صحت و انسانی خدمات (Department of Health and Human Services) کو کم آمدنی والے گھر کو توانائی میں اعانت پروگرام (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) کی کارکردگی کی پیمائش کے لیے گھریلو توانائی کے میرے کسی بھی وینڈر (بشمول یوٹیلیٹی) کو اعداد و شمار سے متعلق بعض معلومات، بشمول لیکن بلا تحدید، میرے بجلی کے استعمال، بجلی کی لاگت، ایندھن کی کھپت، ایندھن کی قسم، ایندھن کی سالانہ لاگت اور ادائیگی کی سرگزشت جاری کرنے کی اجازت بھی شامل ہے۔

HEAP حاصل کرنے کے لیے، تمام سوالات کا جواب دینا لازمی ہے اور آپ کی درخواست میں نیچے دستخط کرنا اور تاریخ ڈالنا ضروری ہے۔

نام (پرنٹ کریں) _____

تاریخ: _____

دستخط _____

فون نمبر: _____

اس شخص کا نام جس نے آپ کی مدد کی، اگر کوئی ہے: _____

Agency Use Only			
Application Type: <input type="checkbox"/> Full Documentation <input type="checkbox"/> Simplified			
Vendor	Account Number	Vendor Code	Vendor Relationship: <input type="checkbox"/> Current Bill/Vendor Statement <input type="checkbox"/> Collateral Contact
Identity of Household Members			
Household Member's Name		Documentation	
Is anyone in the household vulnerable? <input type="checkbox"/> Under age 6 <input type="checkbox"/> Age 60 or older <input type="checkbox"/> Permanently Disabled Who: _____ Documentation: _____			
Residence – Check type of documentation obtained			
<input type="checkbox"/> Current Rent Receipt w/Name & Address		<input type="checkbox"/> Water, Sewage, or Tax Bill	
<input type="checkbox"/> Mortgage Payment Book/Receipts w/Address		<input type="checkbox"/> Homeowner's/Renter's Insurance Policy	
<input type="checkbox"/> Copy of Lease w/Address		<input type="checkbox"/> Utility Bill <input type="checkbox"/> Other _____	
Income Documentation/Calculation			
Categorically Income Eligible: <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Code A SSI			
Comments, resolution activities, income calculation/documentation, verification of emergency for expedited regular benefit, vendor contract, etc. Show all calculations. Use next page if necessary.			
Gross Bi-Weekly Income x 2.166666 Gross Weekly Income x 4.333333			
Total Monthly Income \$			
<input type="checkbox"/> Separate Heat (check one) <input type="checkbox"/> Oil <input type="checkbox"/> Kerosene <input type="checkbox"/> LP Gas <input type="checkbox"/> Natural Gas <input type="checkbox"/> Wood <input type="checkbox"/> Wood Pellets <input type="checkbox"/> Coal/Corn <input type="checkbox"/> PSC Electric <input type="checkbox"/> Municipal Electric			<input type="checkbox"/> Heat Included in Rent <input type="checkbox"/> Payment to Household <input type="checkbox"/> Payment to Utility
Interview Completed: <input type="checkbox"/> Yes, Date _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Application compared to previous information <input type="checkbox"/> No prior application <input type="checkbox"/> No Changes <input type="checkbox"/> WMS Inquiry <input type="checkbox"/> Changes verified How: _____			
Pended: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pend Start Date:		Pend End Date:
<input type="checkbox"/> Approved, Benefit \$		<input type="checkbox"/> Denied, Reason	
Certifying Agency			
Worker's Signature		Date:	
Supervisor's Signature		Date:	

Agency Use Only

Notes and Income Calculation

Federal Reporting Status of Home Energy Service

The household has one or more of the following - Check all that apply

- A disconnect notice. Company Name: _____
- Disconnection from service. Company Name: _____
- Less than ¼ tank of fuel. Company Name: _____
- Less than a 10-day supply of fuel. Company Name: _____
- Out of fuel. Company Name: _____
- A non-working furnace/boiler/heat system that needs replacement.
- Electricity as supplemented heating fuel.
- Wood as supplemental heating fuel.
- Other supplemental heating fuel.
- Central air conditioning.
- A window or wall air conditioner.

درخواست واپس لینے پر رضامندی

یہاں صرف تب دستخط کریں اگر آپ اپنی درخواست واپس لینا چاہتے ہیں اور HEAP کے لیے درخواست نہیں دینا چاہتے۔

میں اپنی درخواست واپس لینے پر رضامند ہوں۔

دستخط: _____

میں سمجھتا ہوں کہ جب تک HEAP کی درخواستیں قبول کی جاتی رہیں گی اس دوران میں کسی بھی وقت HEAP بینیفٹس کے لیے دوبارہ درخواست دے سکتا ہوں۔

نیو یارک ریاست کا گھریلو توانائی میں اعانت کا پروگرام (HEAP) درخواست سے متعلق ہدایات

اگر آپ نا بینا ہیں یا سنگین طور پر ضعف بصارت کے شکار ہیں اور آپ کو کوئی درخواست یا یہ ہدایات کسی متبادل شکل میں درکار ہوں تو آپ اپنے سوشل سروس ڈسٹرکٹ (Social Services District, SSD) سے ان کی درخواست کر سکتے ہیں۔ درج ذیل متبادل فارمیٹس دستیاب ہیں:

- بڑے حروف؛
- ڈیٹا فارمیٹ (ایک اسکرین ریڈر – قابل رسائی الیکٹرانک فائل)؛
- آڈیو فارمیٹ (ہدایات یا درخواست کے سوالات کی آڈیو ٹرانسکرپشن)؛ اور
- بریل، اگر آپ اصرار کرتے ہیں کہ مذکورہ بالا کوئی بھی متبادل فارمیٹس آپ کے لیے یکساں طور پر بیکار ہیں۔

درخواستیں اور ہدایات بڑے حروف، ڈیٹا فارمیٹ اور آڈیو فارمیٹ میں www.otda.ny.gov سے ڈاؤن لوڈ کرنے کے لیے بھی دستیاب ہیں۔ براہ کرم نوٹ کر لیں کہ درخواستیں آڈیو فارمیٹ اور بریل میں کلی طور پر اطلاعاتی مقاصد کے لیے دستیاب ہیں۔ درخواست دینے کے لیے، آپ کو تحریری، غیر متبادل شکل میں ایک درخواست جمع کرانی ہوگی۔

اگر آپ کو ایسی معذوریاں لاحق ہیں جو آپ کے یہ درخواست مکمل کرنے اور / یا انٹریو کیے جانے کا انتظار کرنے میں مانع ہیں تو براہ کرم اپنے SSD کو مطلع کریں۔ SSD آپ کی ضروریات پوری کرنے کے لیے معقول رہائش فراہم کرنے کی ہر ممکن کوشش کرے گا۔

اگر آپ کو کوئی اور رہائش درکار ہو یا اس درخواست کو مکمل کرنے میں دیگر مدد مطلوب ہو تو براہ کرم اپنے SSD سے رابطہ کریں۔ ہم ایک پیشہ ورانہ اور قابل احترام انداز میں آپ کی اعانت اور مدد کے لیے پابند عہد ہیں۔

متبادل فارمیٹس:

یہ بتانے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" پر نشان لگائیں کہ آیا آپ نابینا ہیں یا کسی سنگین بصری عارضے میں مبتلا فرد ہیں اور متبادل فارمیٹ میں تحریری نوٹس حاصل کرنا چاہتے ہیں۔ اگر ہاں تو اس شکل کی قسم پر نشان لگائیں، جسے آپ پسند کریں گے: اگر آپ اس بات پر زور دیتے ہیں کہ دیگر متبادل فارمیٹس میں سے کوئی بھی آپ کے لیے یکساں طور پر موثر نہیں ہیں تو، متبادل فارمیٹ بڑے حروف، ڈیٹا CD، آڈیو CD، یا بریل میں دستیاب ہیں۔ اگر آپ کو کوئی اور رہائش درکار ہو یا اس درخواست کو مکمل کرنے میں دیگر مدد مطلوب ہو تو براہ کرم اپنے SSD سے رابطہ کریں۔

پروگرام کی تاریخوں کے بارے میں اہم معلومات

HEAP بینیفٹس صرف پروگرام کے کھلے ہونے پر ہی دستیاب ہیں۔ ہر پروگرام سال کے لیے کھلنے اور بند ہونے کی تاریخوں کا تعین کیا جاتا ہے۔ معمول کے بینیفٹ اور ہنگامی بینیفٹ کے اجزاء کے لیے کھلنے کی تاریخیں مختلف ہوسکتی ہیں۔ اس سال کے پروگرام کے کھلنے اور بند ہونے کی تاریخوں کے بارے میں معلومات OTDA کی ویب سائٹ otda.ny.gov پر یا ہمارے ٹول فری نمبر 1-800-342-3009 پر کال کر کے حاصل کی جا سکتی ہیں۔

درخواست مکمل کرنے کے متعلق ہدایات:

سیکشن 1 تا سیکشن 9 سبھی مکمل کریں اور تمام سوالات کے جواب دیں۔

درخواست کسے مکمل اور دستخط کرنی چاہیئے؟

بنیادی طور پر براہ راست حرارت کے بل کی ادائیگی کے لیے ذمہ دار فرد یا اگر حرارت کرایہ میں شامل ہے تو بنیادی کرایہ دار کو درخواست مکمل کرنی چاہیئے۔

مجھے کون سا پتہ درج کرنا چاہیئے؟

آپ کو اپنا حالیہ پتہ درج کرنا چاہیئے۔ یہ آپ کی مستقل اور بنیادی رہائش گاہ ہونی چاہیئے۔

آپ کو میرے دن کے اوقات والے فون نمبر کی ضرورت کیوں ہے؟

ایسا فون نمبر درج کرنا ضروری ہے جس پر آپ سے رابطہ کیا جاسکے۔ اضافی معلومات درکار ہونے پر یہ آپ کی درخواست پر بروقت کارروائی میں مدد کرے گا۔

کیا مجھے انٹرویو دینے کی ضرورت پڑے گی؟

کچھ درخواست دہندگان کو انٹرویو دینے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ آپ فون پر انٹرویو یا ذاتی طور پر بالمشافہ انٹرویو دینے کا انتخاب کر سکتے ہیں۔ براہ کرم سیکشن 1 میں انٹرویو کی اپنی ترجیح بیان کریں۔ اس سیکشن کو مکمل کرنے کا مطلب یہ نہیں ہے کہ آپ کو انٹرویو دینے کی ضرورت ہوگی۔

میں گھرانے کے ممبران کے طور پر کسے درج کروں؟

اپنے گھر میں رہنے والے ہر فرد کا نام درج کریں، خواہ اس کا تعلق آپ سے نہ ہو یا مالی طور پر آپ کے گھرانے کی مدد نہ کرتا ہو۔ آپ کو گھرانے کے تمام افراد کے لیے شناخت کا ثبوت فراہم کرنے کی ضرورت ہوسکتی ہے۔ سیکشن 1 میں پہلے خود اپنا نام درج کریں۔ گھرانے کے تمام اضافی افراد کے نام سیکشن 2 میں درج کیے جانے چاہئیں۔ اگر آپ کے گھرانے میں مزید افراد موجود ہیں تو، براہ کرم کاغذ کی ایک علیحدہ شیٹ منسلک کریں۔ اگر آپ اکیلے رہتے ہیں، تو سیکشن 3 پر چلے جائیں۔

جنسی شناخت (اختیاری):

نیو یارک ریاست صنف، جنسی شناخت یا نظر آنے کی حالت سے قطع نظر ریاستی فوائد اور / یا خدمات تک رسائی کے آپ کے حق کو یقینی بناتی ہے۔ آپ پر لازم ہے کہ آپ اپنی جنس اور گھر کے تمام افراد کی جنس کو مرد، عورت یا X کے طور پر رپورٹ کریں۔ یہاں آپ جس جنس کی اطلاع دیں گے وہ وہی جنس ہونی چاہئے جو اس وقت ریاستہائے متحدہ کی سوشل سیکورٹی ایڈمنسٹریشن میں فائل پر موجود ہے۔ آپ جو صنف ذکر کریں گے وہ آپ کی درخواست پر کارروائی کے لیے ضروری ہے۔ یہ ممکنہ طور پر آپ کو حاصل ہونے والے کسی بینیفٹ کارڈ یا کسی دیگر عوامی رسائی والی دستاویز میں ظاہر نہیں ہوگی۔

صنفی شناخت یہ ہے کہ آپ خود کو کس طرح سمجھتے ہیں اور آپ خود کو کیا نام دیتے ہیں۔ آپ کی صنفی شناخت پیدائش کے وقت جو تفویض کی گئی تھی وہی یا اس سے مختلف ہو سکتی ہے۔ اس درخواست کے لیے صنفی شناخت کی ضرورت نہیں ہے۔ اگر آپ کی صنفی شناخت، یا آپ کے گھرانے کے کسی فرد کی صنفی شناخت، آپ کی رپورٹ کردہ صنف سے مختلف ہے اور آپ اس فرد کی صنفی شناخت فراہم کرنا چاہتے ہیں تو، بڑے حروف میں "مرد"، "عورت"، "غیر واضح جنس"، "X"، "مخنث"، "بتانا نہیں چاہتے" یا فراہم کردہ جگہ میں "مختلف شناخت" لکھیں۔ اگر آپ بڑے حروف میں "مختلف شناخت" لکھتے ہیں تو، آپ فراہم کردہ جگہ میں اس شخص کی صنفی شناخت کی وضاحت کرنے کا انتخاب کرسکتے ہیں۔

نسل / قومیت کی معلومات (اختیاری):

یہ معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے۔ اس سے درخواست کرنے والے اشخاص کی اہلیت یا موصولہ فوائد کی سطح متاثر نہیں ہوگی۔ ان معلومات کی درخواست کرنے کی وجہ اس بات کو یقینی بنانا ہے کہ پروگرام کے بینیفٹس نسل، رنگ، یا قومی بنیاد سے صرف نظر کر کے تقسیم کیے جائیں۔ نسل کی شناخت کرنے کے لئے، براہ کرم مندرجہ ذیل استعمال کریں: امریکی انڈین یا الاسکا کے قبائلی (I)، ایشیائی (A)، سیاہ فام یا افریقی امریکی (B)، کثیر النسل (M)، ہوائی کا قبائلی یا دیگر جزائر بحر الکاہل کا باشندہ (P)، سفید فام (W)، دیگر (O)۔

شہری / اہل پردیسی کی معلومات:

HEAP حاصل کرنے کے لیے، آپ کے گھرانے کے کسی فرد کو امریکی شہری، اہل پردیسی یا امریکی نان-سٹیزن شہری ہونا لازمی ہے۔ اس بارے میں اضافی معلومات کے لیے کہ اہل پردیسی یا امریکی نان-سٹیزن شہری میں کیا امور شامل ہیں، براہ کرم ریاست نیویارک کے دفتر برائے عارضی و معذوری کی معاونت ہاٹ لائن سے 1-800-342-3009 پر رابطہ کریں یا otda.ny.gov پر OTDA کی ویب سائٹ ملاحظہ کریں۔

مجھے سوشل سیکورٹی نمبرز فراہم کرنے کی ضرورت کیوں ہے؟

سوشل سیکورٹی نمبر والے گھرانے کے تمام ممبران کا سوشل سیکورٹی نمبرز درج کیے جانے چاہئیں۔ معلومات کی تصدیق سوشل سیکورٹی انتظامیہ کے ڈیٹا سے کی جاتی ہے۔ اگر کسی ممبر کے پاس سوشل سیکورٹی نمبر نہیں ہے لیکن اس نے اس کی درخواست دی ہے تو، سوشل سیکورٹی نمبر باکس میں "applied" (درخواست دی ہے) لفظ لکھیں۔ اگر گھرانے کے کسی فرد کے پاس سوشل سیکورٹی نمبر نہیں ہے تو، سوشل سیکورٹی نمبر باکس میں "none" (نہیں ہے) لفظ لکھیں۔ یہ معلومات آپ کے گھرانے کی HEAP اہلیت کی تصدیق کے مقاصد کے لیے دیگر ریاستی اور وفاقی ایجنسیوں کے ساتھ ڈیٹا کو ملانے کے لیے استعمال کی جاسکتی ہیں۔

رہائشگاہ کی معلومات:

براہ کرم اس باکس پر نشان لگائیں جو آپ کی رہائشی صورتحال کی سب سے درست نمائندگی کرتا ہو۔

حرارت کی صورتحال:

یقینی بنائیں کہ آپ نے چاروں (4) سوالات کے جواب دے دیے ہیں۔

مجھے آمدنی والا سیکشن کس طرح سے مکمل کرنا چاہیے؟ کیا مجھے ثبوت فراہم کرنے کی ضرورت ہوگی؟

گھرانے کے سبھی ممبران کی سبھی آمدنی درج کریں۔ کسی بھی کٹوتیوں سے قبل تمام رقم کو مجموعی آمدنی کے طور پر درج کیا جانا چاہیے۔ کٹوتیوں میں شامل ہیں، لیکن یہ انہیں تک محدود نہیں ہیں: انکم ٹیکسز، چائلڈ سپورٹ، گارنٹمنٹس، صحت بیمہ، اور یونین کے واجبات۔ آپ کے لیے کمائی ہوئی سبھی آمدنی سے متعلق دستاویزات جمع کرنا ضروری ہیں، جس میں خود کاروبار اور کرایہ کی آمدنی شامل ہے۔ آپ کو دیگر آمدنی سے متعلق ثبوت فراہم کرنے کی ضرورت ہوسکتی ہے۔ براہ کرم مخصوص اقسام والی قابل قبول دستاویزات کے لیے درخواست کی ہدایات والا صفحہ 15 دیکھیں۔ اصل دستاویزات جمع نہ کرانیں، انہیں واپس نہیں کیا جائے گا۔ اہلیت کی بنیاد درخواست کے مہینے میں آپ کے گھرانے کی مجموعی ماہانہ آمدنی پر ہوگی۔

Medicare کے لیے کسی بھی کٹوتیوں سے پہلے براہ کرم اپنی سوشل سیکورٹی کی رقم درج کریں۔ Medicare حصہ B اور/یا D کے لیے آپ جو رقم ادا کرتے ہیں اسے الگ درج کریں۔ Medicare حصہ B اور D کے لیے رقم آمدنی کے طور پر شامل نہیں ہے۔

بینک اکاؤنٹس، CD، اسٹاکس، بانڈز یا دیگر سرمایہ کاری والی آمدنی کے صرف سود یا منافع کے حصے ہی درج کریں۔ ہر اکاؤنٹ کو علیحدہ طور پر درج کریں۔ اگر آپ کو مزید جگہ کی ضرورت ہے تو، اضافی شیٹ منسلک کریں۔ سال میں تاحال موصول ہونے والی رقم درج کریں۔

مجاز نمائندے کا کیا مطلب ہے؟

مجاز نمائندہ وہ شخص ہے جو درخواست کے سیکشن 8 میں درج کردہ HEAP مقاصد کے لیے آپ کے ایجنٹ کے طور پر کام کر سکتا ہو۔ مجاز نمائندہ والی حیثیت صرف موجودہ پروگرام کے لیے ہے اور آپ پروگرام کے دوران کسی بھی وقت اپنے مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کے پاس بیان جمع کروا کر اسے منسوخ کرسکتے ہیں۔ چونکہ ہوسکتا ہے یہ شخص آپ کی طرف سے معلومات فراہم کر رہا ہو، اس لیے اسے کوئی ایسا شخص ہونا چاہیے جسے آپ کی صورتحال کا علم ہو۔

موٹر ووٹر رجسٹریشن (اختیاری)

براہ کرم اپنی درخواست کے ساتھ موٹر ووٹر فارم شامل کریں۔ اگر آپ ووٹ ڈالنے کے لیے رجسٹر شدہ نہیں ہیں اور آپ مندرج ہونا چاہتے ہیں تو اس فارم کو مکمل کریں۔ اس سے آپ کی HEAP اہلیت یا بینیفٹس کی رقم متاثر نہیں ہوگی۔

درخواست دینے کے لیے مجھے کس چیز کی ضرورت ہے؟

نئے درخواست دہندگان کو آپ کی درخواست کے ساتھ درج ذیل دستاویزات شامل کرنے کی ضرورت ہوگی:

- گھرانے کے ہر ممبر کی شناخت کا ثبوت
- سوشل سیکورٹی نمبر والے گھرانے کے ہر ممبر کے لیے ایک جائز سوشل سیکورٹی نمبر
- رہائش کا ثبوت
- اگر آپ حرارت کی ادائیگی کرتے ہیں تو ایندھن اور/یا یوٹیلیٹی بل یا اس بات کا ثبوت کہ آپ جو کرایہ ادا کرتے ہیں اس میں حرارت شامل ہے
- گھرانے کے تمام ممبر کی آمدنی سے متعلق دستاویزات

براہ کرم مخصوص اقسام والی قابل قبول دستاویزات کے لیے درخواست کی ہدایات والا صفحہ 15 دیکھیں۔ مزید برآں، نئے درخواست دہندگان کو بھی انٹرویو دینا پڑے گا؛ اور آپ یا تو فون انٹرویو یا ذاتی طور پر بالمشافہ انٹرویو کا انتخاب کر سکتے ہیں۔ تاہم، اگر آپ نے فون انٹرویو کا انتخاب کیا، تو براہ کرم فون انٹرویو کے لیے اپنی درخواست کے سیکشن 1 پر کوئی مجاز فون نمبر اور خود سے رابطہ کرنے کا بہترین وقت شامل کریں۔

میں درخواست کہاں دوں؟

آپ جس کاؤنٹی میں فی الحال رہتے ہیں وہاں آپ کو درخواست دینی چاہیے۔ آپ ذاتی طور پر درخواست دے سکتے ہیں یا درخواست کے اوپر مہر لگے ہوئے پتے پر ڈاک کے ذریعے بھیج سکتے ہیں یا ہماری اس ویب سائٹ پر جا کر دیگر مقامی تصدیق کنندگان کو تلاش کر سکتے ہیں: otda.ny.gov

:myBenefits

آپ mybenefits.ny.gov پر جاکر HEAP کے لیے آن لائن بھی درخواست دے سکتے ہیں۔ HEAP کے لیے اپنی درخواست جمع کروانے کے بعد، آپ mybenefits.ny.gov پر اپنے محفوظ آن لائن اکاؤنٹ کا استعمال کرتے ہوئے اپنی درخواست کی صورتحال آن لائن چیک کر سکتے ہیں۔ آپ کی درخواست منظور ہو جانے پر بینیفٹس کی رقم فراہم کی جاتی ہے۔ آپ غذائی اعانت کے اہل ہو سکتے ہیں۔ mybenefits.ny.gov پر جاکر اپنی اہلیت معلوم کریں اور SNAP کے لیے درخواست دیں۔ HEAP اور دیگر انسانی خدمات سے متعلق پروگراموں کے بارے میں اضافی معلومات mybenefits.ny.gov پر مجاہظہ کی جا سکتی ہیں۔

میرے بینیفٹ کی ادائیگی کیسے کی جائے گی؟

اگر آپ کو منظوری مل گئی ہے اور آپ حرارت کے لیے ادائیگی کرتے ہیں تو، آپ کی ادائیگی آپ کے حرارت سے متعلق ایندھن والے وینڈر (Heating fuel vendor) کو بھیجی جائے گی۔ آپ کی اہلیت کے نوٹس میں وینڈر کا نام شامل ہوگا۔ اگر درج شدہ وینڈر درست نہیں ہے، تو فوری طور پر مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو مطلع کریں۔ بعض معاملات میں، آپ کے بینیفٹ کی ادائیگی آپ کی بجلی والی کمپنی کو کی جائے گی اگر آپ کے کرایہ میں حرارت شامل ہے۔ آپ کے نوٹس میں آپ کے بینیفٹ کی رقم، اس کی ادائیگی کا طریقہ اور اس کے حساب کا طریقہ شامل ہوگا۔

وینڈرز کو ادائیگی حاصل ہونے تک یا مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کی طرف سے ایسا کرنے کی ہدایت ملنے تک ڈیلیوریز کرنے کی اجازت نہیں ہے۔ ڈیلیوریز کے قابل ایندھن کے ذرائع کے لیے پیشگی ڈیلیوریز پر بینیفٹس کو لاگو نہیں کیا جاسکتا ہے۔ اگر آپ کے وینڈر کو نوٹیفکیشن یا ادائیگی ملنے سے قبل آپ کو ایندھن کی ضرورت ہے، تو آپ کو اپنی مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے رابطہ کرنا چاہیے۔

معمول کے HEAP بینیفٹس کا مقصد آپ کی سالانہ توانائی کی لاگت میں یک وقتی تکملہ فراہم کرنا ہے اور ان کا مقصد آپ کی ذاتی ادائیگیوں کو تبدیل کرنا نہیں ہے۔ آپ کے لیے اپنی توانائی کے بلوں کی ادائیگی جاری رکھنا ضروری ہے۔

HEAP ایمرجنسی کیا ہے؟

- آپ کے پاس ایندھن ختم ہو چکا ہے یا آپ کے پاس تیل، مٹی کا تیل یا پروپین کی 1/4 ٹنکی سے کم یا ڈیلیوری کے قابل دیگر حرارت والی ایندھن کی دس (10) دن کی فراہمی سے بھی کم ہے۔
- آپ کی قدرتی گیس یا بجلی والی حرارت بند کردی گئی ہے یا بند ہونے والی ہے۔
- درخواست دہندہ کے پاس موجود حرارتی آلہ کام نہیں کر رہا ہے۔

اگر مجھے ایمرجنسی صورتحال درپیش ہے تو کیا ہوگا؟

HEAP کے بینیفٹس سے مندرجہ ذیل ایمرجنسی کی صورتحال میں مدد سکتی ہیں:

- آپ کے پاس ایندھن ختم ہو چکا ہے یا آپ کے پاس تیل، کیروسین، یا پروپین کی 1/4 ٹنکی سے کم یا ڈیلیوری کے قابل دیگر حرارتی ایندھن کی دس (10) دنوں کی سپلائی سے بھی کم موجود ہے۔
- آپ کی قدرتی گیس یا بجلی والی حرارت بند کردی گئی ہے یا بند ہونے والی ہے۔
- درخواست دہندہ کے پاس موجود حرارتی آلہ کام نہیں کر رہا ہے۔

اگر آپ کو حرارت سے متعلق ایمرجنسی والی صورتحال کا سامنا ہے اور آپ نے درخواست دی ہے، لیکن آپ کو آپ کا معمول کا بینیفٹ حاصل نہیں ہوا ہے تو، پروگرام کے کھلنے کے بعد آپ کو اپنے مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے رابطہ کرنا چاہیئے۔ جب بھی ممکن ہو، توانائی کی ہنگامی صورتحال سے نمٹنے کے لیے سب سے پہلے معمول کے HEAP بینیفٹس کا استعمال کیا جاتا ہے۔

مدد کی درخواست دائر کرنے کے لیے اپنا حرارتی ایندھن ختم ہونے یا اپنی گیس/بجلی سروس بند ہونے تک ہرگز انتظار نہ کریں۔ اگر آپ کی یوٹیلیٹی سروس کاٹی جا چکی ہے، تو آپ کی یوٹیلیٹی کمپنی آپ کی سروس بحال کرنے کی پابند نہیں ہے چاہے آپ HEAP بینیفٹ کے اہل ہی کیوں نہ ہوں۔

منصفانہ سماعتیں:

اپنی HEAP درخواست جمع کرتے وقت آپ کے پاس کچھ حقوق ہیں۔ آپ کو HEAP مصدق کے ذریعہ مکمل اور دستخط شدہ درخواست موصول ہونے کے تیس (30) کاروباری دنوں کے اندر یہ بتانے جانے کا حق ہے کہ آیا آپ کی درخواست منظور ہوگئی ہے یا مسترد کردی گئی ہے۔

درخواستوں کے لیے کارروائی کا وقت پروگرام کے کھلنے تک شروع نہیں ہوگا حالانکہ ہوسکتا ہے آپ کو ہماری آؤٹ ریچ کوشش کے حصے کے طور پر پروگرام کھلنے کی تاریخ سے پہلے درخواست موصول ہوئی ہو۔ اگر HEAP مصدق کو آپ کی دستخط شدہ اور مکمل درخواست موصول ہوئے تیس (30) سے زیادہ کاروباری دن ہو چکے ہیں (یا پروگرام کھلنے کے بعد سے تیس (30) سے زیادہ کاروباری دن ہو چکے ہیں اگر مصدق کو پروگرام کھلنے سے پہلے آپ کی درخواست موصول ہوئی ہے) اور آپ کو اہلیت کے فیصلے کے بارے میں نہیں بتایا گیا ہے تو آپ کو کانفرنس اور/یا منصفانہ سماعت کی درخواست کرنے کا حق ہے۔

اگر آپ کانفرنس کے خواہاں ہوں تو، آپ کو جتنی جلدی ممکن ہو اس کی درخواست کرنی چاہیئے۔ کانفرنس میں، اگر یہ معلوم ہوتا ہے کہ غلط فیصلہ دیا گیا ہے یا اگر آپ کی فراہم کردہ معلومات کی وجہ سے، فیصلے نے ہمارے اصل فیصلہ کو تبدیل کر کیا ہے تو اصلاحی کارروائی کی جائے گی۔

اگر آپ کانفرنس کرنا چاہتے ہیں تو، اپنے مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے otda.ny.gov/programs/heap/contacts پر رابطہ کریں۔ یہ صرف کانفرنس کی درخواست کرنے کے لیے ہی ہے۔ یہ منصفانہ سماعت کی درخواست کرنے کے طریقہ کے بارے میں نہیں ہے۔ اگر آپ کانفرنس کے لیے کہتے ہیں یا کرتے ہیں تو، آپ اب بھی منصفانہ سماعت کے مستحق ہیں۔

عارضی اور معذوری امداد کے دفتر (OTDA) کی جاری کردہ پالیسیاں اور مینوئلز OTDA کی ویب سائٹ otda.ny.gov/legal پر پوسٹ کیے جاتے ہیں۔ یہ جاری کردہ اور مینوئلز آپ یا آپ کے نمائندے کے لیے ایک مینی بر انصاف سماعت کی درخواست کئے جانے کی ضرورت کا تعین کرنے یا مینی بر انصاف سماعت کی تیاری کرنے کے لیے دستیاب ہیں۔ مزید برآں، آپ کے مقامی خدمات کے ڈسٹرکٹ کو درخواست دیے جانے پر، OTDA کے جاری کردہ مخصوص پالیسیاں اور مینوئلز بھی آپ یا آپ کے نمائندے کی معاونت کرنے کے لیے دستیاب ہوں گے۔

اگر آپ نیویارک ریاست میں کہیں بھی رہتے ہیں تو، آپ ذیل میں دیے گئے پتہ پر ٹیلی فون، فیکس کے ذریعہ، آن لائن یا تحریری طور پر منصفانہ سماعت کی درخواست کرسکتے ہیں:

ٹیلیفون: ریاست پیمائش ٹول فری درخواست نمبر 800-342-3334 ہے۔ براہ کرم کال کرتے وقت نوٹس، اگر کوئی ہو، اپنے پاس رکھیں۔

فیکس: اپنی منصفانہ سماعت کی درخواست اس نمبر پر کریں: 518-473-6735

آن لائن: آن لائن درخواست فارم otda.ny.gov/oah/ پر مکمل کریں

تحریری طور پر: نوٹسز کے لیے، فراہم کردہ خالی جگہ کو بھریں اور نوٹس کی کاپی بھیجیں، یا انہیں خط لکھیں:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance

Office of Administrative Hearings

P.O. Box 1930

Albany, NY 12201-1930

اگر آپ منصفانہ سماعت کی درخواست کرتے ہیں تو، NYS آپ کو سماعت کے وقت اور جگہ کے بارے میں اطلاع نامہ بھیجے گا۔ آپ کو قانونی قونصل، رشتہ دار، دوست یا دوسرے شخص کے ذریعہ نمائندگی کروانے یا خود سے نمائندگی کرنے کا حق حاصل ہے۔ سماعت میں آپ، آپ کے اٹارنی یا دوسرے نمائندے کے پاس یہ ثابت کرنے کے لیے تحریری اور زبانی ثبوت پیش کرنے کا موقع ہوگا، نیز سماعت میں حاضر ہونے والے کسی بھی شخص سے سوال پوچھنے کا موقع ہوگا۔ نیز آپ کو اپنے حق میں بولنے کے لیے گواہ کو لانے کا حق حاصل ہے۔ آپ کو سماعت پر کوئی بھی ایسے دستاویزات ساتھ لانے چاہیئے جو آپ کے کیس کو پیش کرنے میں کارآمد ہو۔

اگر آپ کو مفت قانونی اعانت درکار ہو تو آپ اپنی مقامی لیگل ایڈ سوسائٹی یا دوسرے قانونی وکالتی گروپ سے رابطہ کر کے اس طرح کی اعانت حاصل کرنے کے اہل ہو سکتے ہیں۔ آپ بلو پیجز میں "وکلاء" کے تحت چیک کر کے قریب ترین لیگل ایڈ سوسائٹی یا وکالتی گروپ کا پتہ لگا سکتے ہیں۔

آپ کو اپنے کیس ریکارڈ کا جائزہ لینے کا حق ہے۔ آپ کی درخواست پر، آپ کے پاس ان دستاویزات کی مفت کاپیاں حاصل کرنے کا حق ہے جو منصفانہ سماعت میں آپ کے مقامی سوشل سروسز کے مقامی محکمہ کے ذریعہ بطور ثبوت پیش کیا گیا ہے۔ نیز درخواست کرنے پر آپ کو اپنے کیس ریکارڈ سے دیگر ان دستاویزات کی مفت نقول کا حق حاصل ہے جو آپ کو اپنی منصفانہ سماعت کے لیے درکار ہے۔ ایسی دستاویزات کی درخواست کرنے یا یہ جاننے کے لیے کہ آپ اپنے کیس ریکارڈ کا جائزہ کیسے لے سکتے ہیں، اپنے مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے otda.ny.gov/programs/heap/contacts پر رابطہ کریں۔

اگر آپ کو ہسپانوی بولنے والے کسی شخص کی ضرورت ہے تو، NYS OTDA ہاٹ لائن سے 1-800-342-3009 پر رابطہ کریں۔

دیگر پروگرامز جن کے آپ اہل ہو سکتے ہیں:

موسمیاتی تکالیف سے بچنے کی معاونت

آپ NYS ہومز اینڈ کمیونٹی رینول (Homes and Community Renewal, HCR) یا نیویارک اسٹیٹ انرجی ریسرچ اینڈ ڈویلپمنٹ اتھارٹی (New York State Energy Research and Development Authority, NYSERDA) کے ذریعے موسم کاری سے متعلق اعانتی پروگراموں کے بھی اہل ہو سکتے ہیں۔ مقامی موسم کاری کی ذیلی-گرانٹی کے رابطوں کی فہرست یہاں تلاش کی جا سکتی ہے: hcr.ny.gov/weatherization-providers۔ دستیاب NYSERDA انرجی سروسز کے بارے میں مزید معلومات کے لیے nyscrda.ny.gov ملاحظہ کریں۔ HEAP درخواست پر آپ کے دستخط سے آپ کی جانب سے موسم کاری سے متعلق اعانتی پروگراموں میں معلومات کے حوالہ اور تبادلے کی اجازت ملتی ہے۔

کم آمدنی والوں کا یوٹیلٹی پروگرام

آپ اپنی یوٹیلٹی کمپنی کے کم آمدنی والے پروگرام میں بھی مندرج ہونے کے اہل ہو سکتے ہیں۔ HEAP درخواست پر آپ کے دستخط سے آپ کی جانب سے آپ کی یوٹیلٹی کمپنی کو حوالہ کی اجازت ملتی ہے۔

قابل قبول دستاویز کی قسمیں

<ul style="list-style-type: none"> • یوٹیلیٹی بل • پتہ کے ساتھ مارگیج کی ادائیگی کے بکس/رسیدیں 	<p>رہائشگاہ (جہاں آپ رہتے ہیں)</p> <ul style="list-style-type: none"> • کرایہ دار اور مالک مکان کے نام اور پتے کے ساتھ موجودہ کرایہ کی رسید یا نام اور پتہ کے ساتھ لیز پانی، سیویج، یا ٹیکس بل • مکان مالک/کرایہ دار کی بیمہ پالیسی
<p>شناخت</p> <p>آپ کو اپنے گھرانے کے ہر فرد کے لیے درج ذیل میں سے ایک یا زیادہ فراہم کرنا ضروری ہے:</p> <ul style="list-style-type: none"> *ثبوت کی دو اقسام درکار ہیں • سند ولادت، بیٹسمہ کی سند* • درست سوشل سیکیورٹی نمبر* • دوسرے فرد کی جانب سے بیان* 	<ul style="list-style-type: none"> • ڈرائیور کا لائسنس • باتصویر ID • امریکی پاسپورٹ یا حصول شہریت کی سند • ہسپتال یا ڈاکٹر کے ریکارڈز • تینیت کے کاغذات • اسکول کے ریکارڈز
<p>سوشل سیکیورٹی نمبر</p> <p>آپ کو گھرانے کے ان تمام افراد کا جائز سوشل سیکیورٹی نمبر فراہم کرنا ہوگا جن کے پاس سوشل سیکیورٹی نمبر ہے۔</p>	
<p>کمزوری</p> <p>آپ کو اپنے گھرانے کے کسی زہدیزیر ممبر (6 سال سے کم عمر کے بچے، 60 سال یا اس سے زیادہ عمر کے بالغ، یا معذوری کے شکار کسی بھی شخص) کے لیے زہدیزیری کے ثبوت کے واسطے درج ذیل میں سے ایک فراہم کرنا ہوگا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • پاسپورٹ • ڈرائیونگ لائسنس • بینیفٹس کے لیے اہلیت کا تحریری بیان 	<ul style="list-style-type: none"> • برتھ سرٹیفکیٹ • تاریخ پیدائش کے ساتھ بیٹسمہ کی سند • SSA منظوری کا خط
<p>حرارت کی صورتحال</p> <p>اگر آپ ایندھن یا یوٹیلیٹی بل کی ادائیگی کرتے ہیں تو اپنے حالیہ ایندھن/یوٹیلیٹی بل کی کاپی یا اپنے وینڈر کی جانب سے بیان فراہم کریں۔</p> <p>اگر آپ حرارت کی ادائیگی نہیں کرتے ہیں تو، کرایہ دار اور مالک مکان کے نام اور پتہ کے ساتھ موجودہ کرایہ کی رسید، نام اور پتہ کے ساتھ لیز، یا اپنے مالک مکان کا بیان فراہم کریں جس میں اس بات کی نشاندہی ہو کہ حرارت آپ کے کرایے میں شامل ہے۔</p>	
<p>آمدنی</p> <p>مندرجہ ذیل کے لیے ایوارڈ لیٹر یا سرکاری خط و کتابت کی نقل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سوشل سیکیورٹی/سپلیمینٹل سیکیورٹی انکم (SSI) • سابق فوجی کے بینیفٹس • پینشنز • کارکنان کا معاوضہ/معذوری • بے روزگاری بیمہ سے متعلق بینیفٹس 	<ul style="list-style-type: none"> • حالیہ چار (4) ہفتوں کی تنخواہ کی رسیدیں • اگر خود کاروبار ہے تو، حالیہ تین (3) مہینوں کے کاروباری ریکارڈ یا موجودہ سال کے لیے آپ کا دائر کردہ وفاقی ٹیکس ریٹرن، بشمول تمام قابل اطلاق شیڈول۔ • پچھلے تین (3) مہینوں کے لئے کرایہ کی آمدنی/اخراجات یا موجودہ سال کے لئے آپ کا دائر کردہ وفاقی ٹیکس ریٹرن، بشمول تمام قابل اطلاق شیڈول۔ • بچوں کی اعانت یا گزارہ بہتہ/شریک حیات کا تعاون • سود/بینک/منافع یا ٹیکس اسٹیٹمنٹ • رومر/بورڈر کا بیان

ہو سکتا ہے درخواست دہندگان کو اضافی دستاویزات کی ضرورت پڑے۔ آپ کو ان دستاویزات کی ایک علیحدہ فہرست دی جائے گی جو آپ کو فراہم کرنی ہیں۔



NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- NO** because I choose not to register **OR**
- I am already registered at my current address **OR**
- I asked for and received a mail registration form

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

Signature _____

Date ____/____/____

Please Print Name _____

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

Rev. 01/2019

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** Yes, I would like to be an Election Day worker

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form	2	Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form unless you will be 18 by the end of the year	For Board Use Only	
3	Last Name _____		First Name _____		Middle Initial _____ Suffix _____
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____		Apt. No. _____	City/Town/Village _____	Zip Code _____ County _____
5	Address where you get your mail (if different than above) _____		P.O. Box, Star Route, etc. _____		Post Office _____ Zip Code _____
6	Date of Birth _____	7	Gender (optional) _____	8	Telephone (optional) _____ Email (optional) _____
10	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		9	ID Number (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number
	In county/state _____	Under the name (if different from your name now) _____			
11	Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Libertarian party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Independence party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> SAM party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Green party I do not want to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party		12		
			Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none"> I am a citizen of the United States. I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. I will meet all requirements to register to vote in New York State. This is my signature or mark on the line below. The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. 		
			Signature or Mark in ink _____		Date ____/____/____

(Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name _____		
First Name _____	Middle Initial _____	Suffix _____
Address _____		
Apt Number _____	City/Town/Village _____	Zip Code _____
Birth Date _____	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Eye Color _____	Height _____ Ft. _____ In.	
Email _____	DMV or ID NYC Number _____	

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health upon your death.



Signature _____

Date ____/____/____

Qualifications for Registration

Important!

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old by December 31 of the year in which you file this form (note: You must be 18 years old by the date of the general, primary, or other election in which you want to vote.);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison or on parole for a felony conviction (unless parole pardoned or restored rights of citizenship);
- not claim the right to vote elsewhere;
- not found to be incompetent by a court.

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections

40 North Pearl St, Suite 5

Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;

or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None". If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.
