

নিম্ন আয়ের পরিবারগুলোর জন্য পানি সহায়তা কর্মসূচি (Low Income Household Water Assistance Program, LIHWAP) সুবিধাবলীর জন্য আবেদন

সম্পূর্ণ করা এবং স্বাক্ষরিত আবেদন এখানে পাঠান: NYS OTDA/LIHWAP, PO Box 1789, Albany, NY, 12201

আবেদনকারী বা পারিবারিক তথ্য (অনুগ্রহ করে প্রিন্ট করুন)

আবেদনটি তিনি সম্পন্ন করবেন, যিনি পানীয় জল, বর্জ্যপানির বিল পরিশোধের জন্য মূলত ও সরাসরি দায়প্রাপ্ত। বিলটি এই ব্যক্তির নামে হতে হবে।

নাম: _____ পদবী: _____ মআ: _____
 রাস্তার ঠিকানা: _____ শহর: _____ রাজ্য: _____ জিপি: _____
 টেলিফোন নম্বর: _____ ল্যান্ডলাইন আবাসনের মোবাইল কাউন্টি: _____
 উপরের থেকে ভিন্ন হলে চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____
 ইমেইল অ্যাড্রেস (ঐচ্ছিক): _____

পানীয় পানি

আপনার পরিষেবা কি বন্ধ করে দেওয়া হয়েছে: হ্যাঁ না আপনার কি একটি বন্ধ করার বিজ্ঞপ্তি আছে: হ্যাঁ না
 আমি এই বিষয়ে সাহায্য পাওয়ার জন্য আবেদন করছি: একটি বকেয়া বিল। একটি বর্তমান বিল।
 বিক্রেতার নাম: _____ অ্যাকাউন্ট নম্বর: _____
 পরিষেবার সময়কাল (যদি বিলে দেওয়া থাকে) এই সময় থেকে: _____ এই সময় পর্যন্ত: _____ বকেয়া পরিমাণ: \$ _____

বর্জ্যপানি

আপনার পরিষেবা কি বন্ধ করে দেওয়া হয়েছে: হ্যাঁ না আপনার কি একটি বন্ধ করার বিজ্ঞপ্তি আছে: হ্যাঁ না
 আমি এই বিষয়ে সাহায্য পাওয়ার জন্য আবেদন করছি: একটি বকেয়া বিল। একটি বর্তমান বিল।
 বিক্রেতার নাম: _____ অ্যাকাউন্ট নম্বর: _____
 পরিষেবার সময়কাল (যদি বিলে দেওয়া থাকে) এই সময় থেকে: _____ এই সময় পর্যন্ত: _____ বকেয়া পরিমাণ: \$ _____

সম্মিলিতভাবে পানীয় পানি ও বর্জ্যপানি

আপনার পরিষেবা কি বন্ধ করে দেওয়া হয়েছে: হ্যাঁ না আপনার কি একটি বন্ধ করার বিজ্ঞপ্তি আছে: হ্যাঁ না
 আমি এই বিষয়ে সাহায্য পাওয়ার জন্য আবেদন করছি: একটি বকেয়া বিল। একটি বর্তমান বিল।
 বিক্রেতার নাম: _____ অ্যাকাউন্ট নম্বর: _____
 পরিষেবার সময়কাল (যদি বিলে দেওয়া থাকে) এই সময় থেকে: _____ এই সময় পর্যন্ত: _____ বকেয়া পরিমাণ: \$ _____

আপনার পরিবারের সকল সদস্যদের তালিকাভুক্ত করুন, নিজেকে সহ। প্রয়োজন মত আরো শিট সংযুক্ত করুন।

নাম	মাতার আদ্যক্ষর	পদবী	লিঙ্গ পুং/স্ত্রী	লিঙ্গ পরিচয় (ঐচ্ছিক)	জন্ম তারিখ	আমার সাথে সম্পর্ক	সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর	মার্কিন নাগরিক/মার্কিন ন্যাশনাল বা যোগ্য বহিরাগত
						নিজে		<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
								<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
								<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
								<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
								<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না

পরিবারের কেউ কি নিম্নলিখিত সুবিধাগুলির কোনটি পাচ্ছেন? হোম এনার্জি অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (Home Energy Assistance Program, HEAP), সাপ্লিমেন্টাল নিউট্রিশন অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), সাময়িক অ্যাসিস্ট্যান্স (Temporary Assistance, TA), বা সাপ্লিমেন্টাল সিকিউরিটি ইনকাম (SSI Living alone)

যদি হ্যাঁ হয়, কে পাচ্ছেন? _____ কেস নম্বর(গুলি): _____

পরিবারের কেউ কি অক্ষম বা দৃষ্টিশক্তিহীন? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, কে? _____

আয়: নিজের সহ, পরিবারের সকল সদস্যের আয়ের তথ্য প্রদান করুন আগের মাসের জন্য। আবেদনকারীকে অবশ্যই রোজগারের প্রমাণ প্রদান করতে হবে। অন্যান্য পরিবারের সদস্যদের পক্ষে আবেদনকারী আয়ের তথ্য সত্যায়ন করতে পারেন। যদি মেডিকেশ্যার প্রাপ্ত হন, অনুগ্রহ করে পার্ট B এবং/বা D এর জন্য প্রদান করা স্থূল পরিমাণ প্রবেশ করুন।

যিনি পান তার নাম	আয়ের উৎস (নিয়োগকর্তার নাম, সোশাল সিকিউরিটি, সোশাল সিকিউরিটি ডিজেনিভিলিটি, শিশু সহায়তা, ভাড়া থেকে উপার্জন, ইত্যাদি)	ফ্রিকোয়েন্সি (সাপ্তাহিক, মাসিক, দ্বি-মাসিক, ইত্যাদি)	স্থূল পরিমাণ (কর্তনের আগে)	মেডিকেশ্যার পার্ট B এবং/বা D এর জন্য প্রদান করা অর্থ

গুরুত্বপূর্ণ তথ্য এবং সম্মতিসমূহ: (অনুগ্রহ করে সাবধানে পড়ুন সেই করার আগে)

এই আবেদন জমা দেওয়ার মাধ্যমে আমি বুঝি যে সমস্ত তথ্য সত্য, সম্পূর্ণ এবং সঠিক। আমি বুঝি যে নিম্ন আয়ের গৃহস্থালী জল সহায়তা কর্মসূচির (Low Income Household Water Assistance Program, LIHWAP) সুবিধাগুলির জন্য এই আবেদনের সাথে আমার দ্বারা জেনেশুনে করা কোন মিথ্যা বিবৃতি বা অন্য ভুল উপস্থাপনের ফলে আমাকে আমার পানীয় জল এবং/অথবা বর্জ্য জল সরবরাহকারীকে (বিক্রেতা) আমার পক্ষ থেকে প্রদত্ত সহায়তার জন্য অযোগ্য বলে বিবেচনা করা হতে পারে। অতিরিক্তভাবে, এই প্রোগ্রামের অধীনে সহায়তা পাওয়ার উদ্দেশ্যে আমার দ্বারা জ্ঞাতসারে করা কোন মিথ্যা বিবৃতি বা ভুল উপস্থাপনের ফলে আমার বিরুদ্ধে একটি পদক্ষেপ নেওয়া হতে পারে যা আমাকে দেওয়ানী এবং/অথবা ফৌজদারি শাস্তির সম্মুখীন করতে পারে। এই আবেদনে প্রদত্ত তথ্য বা যাচাইয়ের মাধ্যমে আবিষ্কৃত তথ্য অন্য রাজ্য, ফেডারেল, এবং স্থানীয় সংস্থার কাছে আনুষ্ঠানিক পরীক্ষার জন্য এবং জালিয়াতির তদন্ত বা বিচারের উদ্দেশ্যে আইন প্রয়োগকারী কর্মকর্তাদের কাছে প্রকাশ করা যেতে পারে। আপনার পরিবারের বিরুদ্ধে কোন দাবি উঠলে, SSN সহ আবেদনের তথ্য ফেডারেল ও স্টেট এজেন্সিগুলিকে প্রদান করা হতে পারে, এবং দাবি সংগ্রহের পদক্ষেপের জন্য বেসরকারি দাবি সংগ্রহ এজেন্সিদেরও দেওয়া হতে পারে।

আমি বুঝি যে এই আবেদনে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি LIHWAP সুবিধার জন্য আমার আবেদনের বিষয়ে যে তথ্য দিয়েছি তা যাচাই বা নিশ্চিত করার জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অফ টেম্পোরারি অ্যান্ড ডিসেবিলিটি অ্যাসিস্ট্যান্স (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) এর কাছে উপলব্ধ যে কোনো উপায়ে যে কোনো তদন্তে সম্মতি দিচ্ছি। আমার LIHWAP আবেদনে আমি যে তথ্য দিয়েছি এবং আমার প্রদত্ত নথিগুলি পরিচয় পরীক্ষা করতে ব্যবহার করা হবে এবং আমার এবং পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের জন্য প্রাপ্ত অর্জিত ও অনাদায়ী আয় এবং অন্যান্য সহায়তা যাচাই করতে এবং আবেদনকারীর অর্থপ্রদান বা অন্যান্য সাহায্য পেতে পারেন কি না তা নির্ধারণ করতে প্রকাশ বা পুনরায় প্রকাশ করা হতে পারে। আমি OTDA বা অন্য রাজ্য, ফেডারেল, স্থানীয়, বা অন্যান্য অনুমোদিত কর্মীদের সাথে এই আবেদনে প্রদত্ত তথ্য এবং কোন নথিপত্র এবং সেই সাথে কোন কথোপকথনে, পাঠ্য, বা অন্য যোগাযোগের মাধ্যমে প্রদত্ত তথ্য রেকর্ড, সংরক্ষণ, অ্যাক্সেস এবং ব্যবহার করার জন্য আমার সম্মতি জানাচ্ছি। আমি এই আবেদনে প্রদত্ত তথ্য প্রকাশ করতে বা LIHWAP-এর জন্য আমার যোগ্যতার সাথে সম্পর্কিত কোন সত্ত্বাকে LIHWAP প্রশাসনের জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য প্রকাশ করতে স্পষ্টভাবে সম্মতি জানাচ্ছি, যার মধ্যে রয়েছে কিন্তু তাতে সীমাবদ্ধ নয়, সামাজিক পরিষেবার জেলা, অন্যান্য স্থানীয় সংস্থা বা সংস্থা, এবং মার্কিন স্বাস্থ্য বিভাগ এবং মানব পরিষেবা (U.S. Department of Health and Human Services, HHS)। আমি এই আবেদনে প্রদত্ত তথ্য বা আমার LIHWAP-এর জন্য যোগ্যতার সাথে সম্পর্কিত তথ্য অন্য কোনো সত্ত্বার কাছে প্রকাশ করতে এবং ব্যবহার করতে সম্মতি জানাচ্ছি সুবিধার নকল এড়াতে। আমি বুঝি যে LIHWAP সুবিধার জন্য আমার আবেদনের ক্ষেত্রে OTDA অতিরিক্ত তথ্যের অনুরোধ করতে পারে এবং আমি OTDA দ্বারা বরাদ্দকৃত সময়ের মধ্যে এই ধরনের অনুরোধকৃত তথ্য প্রদান করতে সম্মত।

আমি বুঝি এবং সম্মত হচ্ছি যে এই আবেদনটিতে একটি ফোন নম্বর বা সেলুলার ফোন নম্বর প্রদান করে বা টেক্সট মেসেজের (SMS/MMS) মাধ্যমে যোগাযোগ করার অনুরোধ করে, OTDA সেই নম্বরটি LIHWAP সম্পর্কিত কল করতে, টেক্সট মেসেজ পাঠাতে, বা ভয়েস বাত্মা ছাড়ার জন্য ব্যবহার করতে পারে। বেতার কার্যক্রমের স্ট্যান্ডার্ড টেক্সট মেসেজ এবং ডেটা রেট প্রযোজ্য হতে পারে। কল বা টেক্সট মেসেজ গ্রহণের সাথে সম্পর্কিত কোন খরচ সেগুলি গ্রহণকারী ব্যক্তির দায়িত্ব। NYS এবং এর এজেন্টরা ক্ষতি, ক্ষয়ক্ষতি, দাবি, খরচ বা ব্যয়, যার অন্তর্ভুক্ত কিন্তু তাতে সীমাবদ্ধ নয়, LIHWAP-এর জন্য আপনার আবেদনের সাথে সম্পর্কিত এমন ভয়েস, টেক্সট এবং ডেটার খরচ, তার জন্য দায়ী নয় এবং তার দায়ভার গ্রহণ করবে না। কল বা টেক্সট মেসেজ (SMS/MMS) পাওয়ার বিষয়ে বিস্তারিত জানতে আপনার ফোন পরিষেবা প্রদানকারীর সাথে যোগাযোগ করুন। স্বয়ংক্রিয় টেলিফোন ডায়ালিং সিস্টেম ব্যবহার করে টেক্সট মেসেজ বা কল পাঠানো বা করা যেতে পারে। আমি বুঝি এবং সম্মত হচ্ছি যে একটি ই-মেইল ঠিকানা প্রদান করে আমার দেওয়া ই-মেইল ঠিকানায় OTDA LIHWAP সংক্রান্ত চিঠিপত্র পাঠাতে পারে।

আমি এই আবেদনে প্রদত্ত তথ্যগুলি উপলব্ধ পানীয় পানি এবং/বা বর্জ্য পানি সহায়তার প্রোগ্রাম, আবহাওয়া সংক্রান্ত প্রোগ্রাম, এবং আমার ইউটিলিটি প্রদানকারী সংস্থার নিম্ন আয়ের প্রোগ্রামগুলির জন্য রেফারলের উদ্দেশ্যে ব্যবহার করার সম্মতি প্রদান করছি। আমি বুঝি যে OTDA আমার পানীয় জল এবং/অথবা বর্জ্য জল বিক্রেতাদের সাথে LIHWAP-এর প্রাপ্তি যাচাই করতে আমার সোশাল সিকিউরিটি নম্বর ব্যবহার করবে আমার পানীয় পানি এবং/অথবা বর্জ্য পানির ব্যবহার, খরচ, বার্ষিক খরচ, এবং OTDA, এবং HHS-কে অর্থপ্রদানের ইতিহাস সহ কিন্তু তাতে সীমাবদ্ধ নয় এমন কিছু পরিসংখ্যানগত তথ্য প্রকাশ করার জন্য আমার যে কোন বিক্রেতার (আমার ইউটিলিটি সহ) অনুমতিও এই অনুমোদনের অন্তর্ভুক্ত LIHWAP কর্মক্ষমতা পরিমাপের উদ্দেশ্যে।

আমি উপরের সম্মতিগুলি পড়েছি এবং বুঝেছি এবং এর অনুমোদন ও সম্মতিগুলির সাথে সম্মত। আমি বুঝি এবং সম্মত হচ্ছি যে OTDA-তে এই আবেদন স্বাক্ষর ও জমা দেওয়া আমি মিথ্যা প্রমাণের শাস্তির অধীনে তা করছি এবং আমি নিশ্চিত করছি যে এখানে থাকা তথ্য সত্য, সম্পূর্ণ এবং সঠিক।

নাম (মুদ্রণ করুন) _____ স্বাক্ষর _____ তারিখ: _____

এজেন্সির ব্যবহারের বিভাগ

যে তারিখে প্রাপ্ত হয়েছে: _____ যে তারিখে তথ্য প্রবেশ করা হয়েছে: _____

মন্তব্য: _____

আবেদনকারীদের জন্য নির্দেশাবলী

সম্পূর্ণ করা এবং স্বাক্ষরিত আবেদন এখানে পাঠান:

NYS OTDA/LIHWAP
PO Box 1789
Albany, NY 12201**আবেদন করার জন্য আমাকে কি করতে হবে?** আবেদনকারীদের অবশ্যই এই আবেদনের সাথে নিম্নলিখিত নথিপত্র/তথ্য অন্তর্ভুক্ত করতে হবে:

- প্রাথমিক আবেদনকারীর পরিচয়ের প্রমাণ। পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের পরিচয়ের নথি অনুরোধ করা হয়েছে, কিন্তু তা আবশ্যিক নয়।
- বাসস্থানের প্রমাণ। যে বাসস্থানের জন্য আপনি সহায়তার অনুরোধ করছেন সেখানে আপনাকে অবশ্যই বসবাস করতে হবে।
- একটি পানীয় পানি এবং/বা বর্জ্য পানির বিল যাতে আপনার স্থায়ী এবং প্রাথমিক বাসস্থান উল্লিখিত আছে। বিলটি সেই ব্যক্তির নামে হতে হবে যিনি এই আবেদনটি ভর্তি করছেন।
- প্রাথমিক আবেদনকারীর আয়ের নথিপত্র। পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের আয়ের পরিমাণ অবশ্যই লিখতে হবে, তবে নথিপত্রের প্রয়োজন নেই।
- প্রাথমিক আবেদনকারীর জন্য একটি বৈধ সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (Social Security Number, SSN)। অন্য সকল পরিবারের সদস্যদের SSN অনুরোধ করা হয়, কিন্তু আবশ্যিক নয়।

আবেদনটি কে স্বাক্ষর করে জমা দিতে হবে? আবেদনটি তিনি সম্পন্ন করবেন, যিনি পানীয় জল এবং/বা বর্জ্যপানির বিল পরিশোধের জন্য প্রাথমিকভাবে ও সরাসরি দায়প্রাপ্ত।**আমাকে কোন ঠিকানাগুলো তালিকাভুক্ত করতে হবে?** আপনাকে অবশ্যই আপনার বর্তমান ঠিকানা উল্লেখ করতে হবে। এটি আপনার স্থায়ী এবং প্রাথমিক বাসস্থান হতে হবে।**আমার টেলিফোন নম্বর কেন প্রয়োজন?** এর ফলে আপনার আবেদন সময় মত প্রক্রিয়া করতে সহায়তা হবে যদি আরো তথ্য প্রয়োজন হয়।**পরিবারের সদস্য হিসেবে আমি কাদের উল্লেখ করবো?** আপনার বাড়িতে যারা থাকেন তাদের নাম লিখুন, এমন কি যদি তারা আপনার সাথে সম্পর্কিত নাও হন বা আপনার পরিবারে আর্থিকভাবে অবদান নাও রাখেন। লাইন 1 এ প্রথমে নিজেই উল্লেখ করুন।**লিঙ্গ পরিচয়:** নিউ ইয়র্ক স্টেট আপনার লিঙ্গ, লিঙ্গ পরিচয়, বা অভিব্যক্তি নির্বিশেষে আপনার স্টেটের সকল সুবিধা এবং/বা পরিষেবা পাওয়ার অধিকার নিশ্চিত করে। আপনাকে অবশ্যই আপনার লিঙ্গ পরিচয়সহ বাড়ির সকলে কে পুরুষ কে মহিলা তার বর্ণনা রিপোর্ট করবেন। আপনি এখানে যে লিঙ্গ লিখিতভাবে প্রতিবেদন করেছেন তা অবশ্যই মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে সামাজিক সুরক্ষা প্রশাসনের ফাইলের স্বরূপ হওয়া উচিত। আপনার অ্যাপ্লিকেশন প্রক্রিয়া করার জন্য আপনি যে লিঙ্গ প্রতিবেদন করেছেন তার প্রয়োজন। এটি আপনি যে সুবিধা কার্ড পেতে যাচ্ছেন সেখানে লেখা থাকবে না অথবা অন্য কোন সাধারণের জন্য উন্মুক্ত এমন কোনো নথিতে থাকবে না। লিঙ্গ পরিচয় হল আপনি আপনাকে কীভাবে দেখেন এবং আপনি আপনাকে কী বলে ডাকেন। আপনার লিঙ্গ পরিচয় আপনার জন্মের সময় নির্ধারিত লিঙ্গের স্বরূপ বা ভিন্ন হতে পারে। এই আবেদনের জন্য লিঙ্গ পরিচয় প্রয়োজনীয় নয়। যদি আপনার লিঙ্গ পরিচয় বা আপনার পরিবারের অন্য কারও লিঙ্গ পরিচয় আপনার রিপোর্টে বর্ণিত লিঙ্গের থেকে ভিন্ন হয় এবং আপনি সেই ব্যক্তির লিঙ্গ পরিচয় প্রদান করতে চান তাহলে নিচে দেওয়া জায়গায় "পুরুষ", "মহিলা", "নন-বাইনারি", "X", "ট্রান্সজেন্ডার", বা "ভিন্ন পরিচয়" মুদ্রিত করুন। আপনি যদি "ভিন্ন পরিচয়" মুদ্রণ করেন, তাহলে আপনি সেই ব্যক্তির পরিচয় আরও বর্ণনা করতে পারেন নিচে প্রদান করা স্থানে।**নাগরিক/বহিরাগত সম্পর্কিত তথ্য:** LIHWAP পেতে আপনাকে অবশ্যই মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক, যোগ্য বহিরাগত, বা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের অ-নাগরিক ন্যাশনাল হতে হবে। একজন যোগ্য এলিয়েন বা মার্কিন অ-নাগরিক ন্যাশনাল কি দিয়ে গঠিত হয় তা সম্পর্কে আরো তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অফ টেম্পোরারি অ্যান্ড ডিসেবিলাটি অ্যাসিসট্যান্স হটলাইনে 1-800-342-3009-এ যোগাযোগ করুন বা OTDA ওয়েবসাইট দেখুন <http://www.otda.ny.gov> এ।**আমাকে কি সবার জন্য সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর প্রদান করতে হবে?** আবেদনকারীর একটি বৈধ সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর প্রয়োজন এবং অন্য সকল পরিবারের সদস্যদের জন্য। যদি কোন সদস্যের সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর না থাকে কিন্তু তিনি তার জন্য আবেদন করেছেন, তাহলে সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর বাঞ্ছা লিখুন "আবেদন করা হয়েছে"। আপনি যদি প্রাথমিক আবেদনকারী পরিবারের সদস্যের জন্য এই বিভাগটি ফাঁকা রাখেন, তাহলে আপনার আবেদন প্রক্রিয়া করা যাবে না কিন্তু আরও তথ্যের জন্য মূলতুর্বা রাখা হবে।**আমি কিভাবে আয়ের বিভাগটি সম্পূর্ণ করবো? আমাকে কি প্রমাণ প্রদান করতে হবে?** পরিবারের প্রত্যেক সদস্যের উপার্জিত এবং অনুপার্জিত আয় তালিকাভুক্ত করুন। সকল পরিমাণগুলি কোন বিয়োগের পূর্বে স্থূল আয় হিসেবে প্রবেশ করতে হবে। কর্তনের অন্তর্ভুক্ত, কিন্তু তাতে সীমাবদ্ধ নয়: আয়কর, শিশু সহায়তা, গানিশমেন্ট, স্বাস্থ্য বীমা, এবং ইউনিয়ন বকেয়া। প্রাথমিক আবেদনকারীর স্ব-নিযুক্তি এবং ভাড়ার আয় সহ আপনাকে সমস্ত অর্জিত এবং অনর্জিত আয়ের নথিপত্র জমা দিতে হবে। অন্যান্য আয়ের প্রমাণ প্রদান করা আপনার জন্য আবশ্যিক হতে পারে। আসলগুলি জমা দেবেন না, সেগুলি ফেরত দেওয়া হবে না। আবেদনের মাসে আপনার পরিবারের স্থূল মাসিক আয়ের উপর যোগ্যতা ভিত্তি করা হবে। অনুগ্রহ করে মেডিকেলের জন্য বিয়োগের আগে আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটির পরিমাণ প্রবেশ করুন। আপনি মেডিকেলের পার্ট B এবং/অথবা D এর জন্য যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করেন তা আলাদাভাবে লিখুন। মেডিকেলের পার্ট B এবং D এর পরিমাণ আয় হিসাবে গণ্য করা হবে না। ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট, সিডি, স্টক, বন্ড বা অন্যান্য বিনিয়োগ আয়ের শুধুমাত্র সুদ বা লভ্যাংশের অংশ লিখুন। প্রতিটি অ্যাকাউন্ট পৃথকভাবে লিখুন। আপনার যদি আরো জায়গা লাগে, আরো শিট সংযুক্ত করুন। ইয়ার টু ডেটের জন্য প্রাপ্ত পরিমাণ প্রবেশ করুন।**আবেদনটিতে স্বাক্ষর করা এবং তারিখ দেওয়া নিশ্চিত করুন।** আবেদনটি তিনি স্বাক্ষর করবেন পানীয় জল এবং/বা বর্জ্যপানির বিল যার নামে আছে।**আপিলগুলি:** OTDA আপনার স্বাক্ষরিত এবং সম্পূর্ণ করা আবেদন পাওয়ার পরে যদি ত্রিশ (30) দিনের বেশি হয়ে গিয়ে থাকে এবং আপনাকে যোগ্যতার সিদ্ধান্ত সম্পর্কে না জানানো হয়ে থাকে তাহলে একটি আপিলের অনুরোধ করা যেতে পারে। অসম্পূর্ণ আবেদনগুলি দশ (10) কর্মদিবস পর্যন্ত মূলতুর্বা রাখা হতে পারে এবং মূলতুর্বীর সময় ত্রিশ (30) কর্মদিবসের সময়কালের মধ্যে ধরা হয় না বিত্তপ্তি প্রদান করার জন্য। যে আবেদনকারীদের প্রত্যাখ্যান করা হয়েছে বা যারা অনুমোদিত সহায়তার পরিমাণ নিয়ে অসম্মত, তাদের কাছে নির্ধারণের সিদ্ধান্ত প্রাপ্তির পর থেকে ষাট (60) দিন সময় আছে একটি আপিলের জন্য অনুরোধ করার জন্য আপিলের অনুরোধ করা যেতে পারে NYS LIHWAP.appeals@otda.ny.gov এ ইমেইল করে, (833) 690-0208 নম্বরে টেলিফোন করে, অথবা লিখিতভাবে; NYS LIHWAP Floor 11B, 40 N. Pearl St. Albany, NY 12243।

গ্রহণযোগ্য নথিপত্রের ধরণ

বাসস্থান (আপনি এখন যেখানে বসবাস করেন)

- ভাড়াটে এবং বাড়ীওয়ালা নাম সহ সাম্প্রতিক ভাড়ার রশিদ বা নাম ও ঠিকানা সহ লীজ
- পানীয় পানি, বর্জ্যপানি, বা ট্যাক্সের বিল
- বাড়ির মালিকের/ভাড়াটের বীমার পলিসি
- ইউটিলিটি বিল
- ঠিকানা সহ মর্টগেজ পেমেন্টের বই/রসিদ

পরিচয়

প্রাথমিক আবেদনকারীকে অবশ্যই নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে এক বা একাধিক প্রদান করতে হবে।

- গাড়ির চালকের লাইসেন্স
- ছবিযুক্ত পরিচয়পত্র
- মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের পাসপোর্ট বা ন্যাচারালাইজেশন সার্টিফিকেট
- বার্থ সার্টিফিকেট বা ব্যাপ্টিজমাল সার্টিফিকেট*
- যাচাইকৃত সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর*
- আরেকজন ব্যক্তির কাছ থেকে বিবৃতি*

*দুই ধরনের প্রমাণ প্রয়োজন।

সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর

আপনাকে অবশ্যই প্রাথমিক আবেদনকারীর জন্য একটি বৈধ সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (Social Security Number, SSN) প্রদান করতে হবে। আপনার যদি SSN না থাকে, আপনাকে অবশ্যই তার জন্য আবেদন করতে হবে সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশনে (Social Security Administration, SSA)।

পানীয় পানি এবং/অথবা বর্জ্য পানির যাচাইকরণ

আপনার সাম্প্রতিকতম পানীয় পানি এবং/অথবা বর্জ্য পানির বিলের কপি, একটি সাম্প্রতিক ট্যাক্সের বিল যাতে পানীয় পানি এবং/বা বর্জ্য পানির চার্জ উল্লেখ করা রয়েছে বা আপনার বিক্রেতার থেকে একটি বিবৃতি প্রদান করুন। আপনার যদি পানীয় পানি এবং বর্জ্য পানির পৃথক বিল থাকে, অনুগ্রহ করে উভয় বিলের কপি প্রদান করে।

আয়:

- সাম্প্রতিকতম চার (4) সপ্তাহের পে-স্টাবগুলি
- যদি স্ব-নিযুক্ত হন, সাম্প্রতিকতম তিনটি (3) মাসের ব্যবসায়িক রেকর্ড অথবা সকল প্রযোজ্য শিডিউল সহ বর্তমান বছরের দাখিল করা ফেডারাল ট্যাক্স রিটার্ন।
- যদি স্ব-নিযুক্ত হন, আগের তিন (3) মাসের ভাড়ার আয়/খরচ অথবা সকল প্রযোজ্য শিডিউল সহ বর্তমান বছরের দাখিল করা ফেডারাল ট্যাক্স রিটার্ন।
- শিশু সহায়তা বা ভরণপোষণের/স্বামী-স্ত্রীর সহায়তা
- সুদ/ব্যাক/ডিভিডেন্ড বা ট্যাক্স স্টেটমেন্ট
- রুমার/বোর্ডারের বিবৃতি

নিম্নলিখিতগুলির জন্য প্রদানের চিঠি বা সরকারী চিঠিপত্রের কপি:

- সোশ্যাল সিকিউরিটি/সাপ্লিমেন্টাল সিকিউরিটি ইনকাম (Supplemental Security Income, SSI)
- ভেটেরানস বেনিফিট
- পেনশন
- শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ/অক্ষমতা
- বেকারত্ব বীমার সুযোগ সুবিধা