

## প্রতিবন্ধীদের জন্য বিশেষ ব্যবস্থার ফর্ম

**নির্দেশনা:** গ্রাহকদেরকে অবশ্যই বিভাগ I সম্পূর্ণ করতে হবে এবং প্রকল্প/কেন্দ্রের নির্দেশক বা কার্যকরী সমতুল্য ("নির্দেশক") এর কাছে সহায়ক নথি সহ এই ফর্ম জমা দিতে হবে। যে নির্দেশক উপযুক্ত চিকিৎসা সংক্রান্ত নথি সহ সম্পূর্ণ করা ফর্ম পাবেন তাদেরকে অবশ্যই বিভাগ II সম্পূর্ণ করতে হবে, গ্রাহককে একটি প্রতিলিপি ফিরিয়ে দিতে হবে এবং অবিলম্বে উপযুক্ত প্রকল্প প্রশাসক এবং বৈচিত্র্য ও সমান সুযোগ বিষয়ক কার্যালয়ের কাছে অনুরোধ ও সহায়ক নথির একটি প্রতিলিপি পাঠাতে হবে।

### বিভাগ I: (এই বিভাগটি অবশ্যই গ্রাহককে সম্পূর্ণ করতে হবে।)

নাম: \_\_\_\_\_

ঠিকানা/কেন্দ্র/প্রকল্প: \_\_\_\_\_

সোশ্যাল সিকিউরিটি #: \_\_\_\_\_ টেলিফোন: \_\_\_\_\_

অনুরোধ করা বিশেষ ব্যবস্থার বর্ণনা দিন (অতিরিক্ত পত্রক এবং সহায়ক নথি সংযুক্ত করুন)।

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### বিভাগ II: (নির্দেশক বা তার মনোনীত ব্যক্তিকে সম্পূর্ণ করতে হবে।)

নাম/পদ মর্যাদা: \_\_\_\_\_

কেন্দ্র/প্রকল্প: \_\_\_\_\_

ঠিকানা: \_\_\_\_\_

টেলিফোন: \_\_\_\_\_ যে তারিখে পাওয়া গেছে: \_\_\_\_\_

স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করার পর, নির্দেশককে অবশ্যই গ্রাহককে এই ফর্মের একটি প্রতিলিপি দিতে হবে এবং উপযুক্ত প্রকল্প প্রশাসক, প্রকল্প বিশ্লেষক এবং Office of Diversity & Equal Opportunity Affairs, 33 Beaver Street, New York, New York 10004 এ পাঠাতে হবে/ টেলিফোন:212-361-7914/ ফ্যাক্স 212.361.7915/ [eo@dhhs.nyc.gov](mailto:eo@dhhs.nyc.gov)।



