

এর দ্বারা ক্রয় করা খাদ্যের প্রতিস্থাপনের অনুরোধ
সাপ্লিমেন্টাল নিউট্রিশন অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (SUPPLEMENTAL NUTRITION
ASSISTANCE PROGRAM, SNAP) বেনিফিট

আপনি অন্ধ বা আপনার গুরুতর দৃষ্টিশক্তির সমস্যা থাকলে এবং যদি আপনার এই আবেদনটি/ফর্মটি কোন বিকল্প বিন্যাসে প্রয়োজন হয়, আপনি আপনার সামাজিক পরিষেবা ডিস্ট্রিক্টে (social services district, SSD) সেটির জন্য অনুরোধ করতে পারেন। যে ধরনের বিন্যাস উপলব্ধ রয়েছে সে সম্পর্কে অতিরিক্ত তথ্যের জন্য আপনার সোশ্যাল সার্ভিসেস ডিস্ট্রিক্টের সাথে যোগাযোগ করুন অথবা www.otda.ny.gov পরিদর্শন করুন।

আপনি অন্ধ বা দৃষ্টিশক্তি একদম হারিয়ে ফেললে, আপনি কী বিকল্প পদ্ধতিতে লিখিত বিজ্ঞপ্তিগুলি পেতে চান? _____ হ্যাঁ _____ না

হ্যাঁ হলে, আপনি যে ধরনের ফরম্যাটে পেতে চান তাতে টিক দিন: _____
বড় মুদ্রণ _____ ডেটা CD _____ অডিও CD _____ রেইল, আপনি যদি
দৃঢ়ভাবে বলেন যে অন্যান্য বিকল্প পদ্ধতিগুলি আপনার জন্য সমান কার্যকর নয়।

আপনার যদি অন্য কোনো বন্দোবস্তের প্রয়োজন হয়, অনুগ্রহ আপনার সোশ্যাল সার্ভিসেস ডিস্ট্রিক্টের সাথে যোগাযোগ করুন।

নিউইয়র্ক স্টেটের

অস্থায়ী এবং প্রতিবন্ধী সহায়তার অফিস (NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE)

কেসের নাম		কাউন্টি		
মামলা নম্বর	SSN	জন্ম তারিখ		
ঠিকানা (বাড়ি এবং অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর)	শহর	স্টেট	জিপ	ফোন নম্বর

আমি, _____, পরিবারের প্রধান অথবা পরিবারের প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য উপরে উল্লিখিত কেসের ক্ষেত্রে এবং এজেন্সির প্রতিনিধির কাছে নিম্নলিখিত বিষয়গুলো জানাতে চাই:

আমার পরিবার খাদ্য ক্রয়ের ক্ষেত্রে সাপ্লিমেন্টাল নিউট্রিশন অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (SNAP) সুবিধাবলীসহ _____ ডলারের ক্ষতির সম্মুখীন হয়েছে, যার কারণ:

- বিদ্যুৎ সংযোগ ব্যাহত হওয়া বন্যা
 আগুন লাগা অন্যান্য বিপর্যয় বিবরণ দিন: _____

কর্মীর মন্তব্য: _____

গ্রাহকের মন্তব্য: _____

প্রত্যয়ন

যতক্ষণ না নিম্নলিখিত বিবৃতিগুলি পড়ে বুঝেছেন ততক্ষণ সই করবেন না

আমি এ বিষয়ে সচেতন যে দলবিধির আর্টিকেল 175 এ যেমন বর্ণিত আছে, ফাইলিংয়ের জন্য একটি মিথ্যা নথি প্রদান করা একটি অপরাধ যার জন্য চার (4) বছর অবধি কারাদণ্ডের সর্বোচ্চ শাস্তি হতে পারে। যদি আমি তা করি, আমি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র এবং নিউইয়র্ক স্টেটের দেওয়ানী ও ফৌজদারি আইনের এবং নিউইয়র্ক স্টেট অফিস অফ টেম্পোরারি অ্যান্ড ডিজিভ্যালিটি অ্যাসিস্ট্যান্সের বিধিসমূহের অধীনে আমার বিচার করা হতে পারে।

আমি অবগত যে আমার পরিবারের জন্য একটি প্রতিস্থাপন জারি করা অননুমোদিত অথবা বিলম্ব হলে তার বিরুদ্ধে আমার একটি ন্যায্য শুনানির অধিকার আছে। ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত বাকি থাকলে প্রতিস্থাপন জারি করা হবে না।

আমি বুঝি যে হারিয়ে যাওয়ার কথা জানানোর দশ (10) দিনের মধ্যে যদি আমি এই বিবৃতিটি স্বাক্ষর না করি, এজেন্সি SNAP সুবিধাবলী প্রতিস্থাপন করবে না।

স্বাক্ষর	তারিখ
----------	-------

* অনুগ্রহ করে এই সম্পূর্ণ ফর্মটি আপনার স্থানীয় কাউন্টির সোশ্যাল সার্ভিসেস ডিপার্টমেন্ট (Social Service Department, SSD) এ বা নিউইয়র্ক সিটিতে বসবাসকারীদের জন্য আপনার নিকটতম স্থানীয় কেন্দ্রের তালিকার জন্য HRA-র ওয়েবসাইটে যান।