

الطلب الخاص بقرار تحديد الإعاقة

NYC Human Resources
Administration
Department of
Social Services

MAP-3177 (A) 01/14/2021

التاريخ: _____
اسم الحالة: _____
رقم الحالة (إذا كان معلومًا): _____

لا تقم بإرسال هذا النموذج، إذا كان لديك قرار تحديد الإعاقة من إدارة الضمان الاجتماعي (SSA)، أو دخل الضمان التكميلي (SSI)، أو دخل الضمان التكميلي الخاص بالإعاقة (SDDI).

الاسم الأول:	اسم العائلة:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:
عنوان المراسلة البريدية:	تاريخ الميلاد:	العمر:
رقم الهاتف:	رقم الضمان الاجتماعي (آخر أربعة أرقام فقط):	

يُرجى وضع علامة (✓) على أحد المربعات التالية

موظف	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>
مُصاب بضعف الإبصار	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>
مُصاب بضعف السمع (TTY)	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>
هل يحتاج مقدم/متلقي الطلب (A/R) إلى الحصول على إعفاء طبي؟	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>

إذا كانت الإجابة نعم،
يُرجى تحديد نوع الإعفاء: _____
لغة منطوقة: _____
لغة مكتوبة: _____

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

توقيع مُقدم/مُتلقى الطلب: _____ التاريخ: _____

Authorized Representative Signature: _____ Date: _____