

معذوری کے تعین کی درخواست

**NYC** Human Resources  
Administration  
Department of  
Social Services

MAP-3177 (U) 01/14/2021

تاریخ: \_\_\_\_\_

کیس کا نام: \_\_\_\_\_

کیس نمبر (اگر معلوم ہو): \_\_\_\_\_

اگر آپ کے پاس سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن (Social Security Administration, SSA)، سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم (Supplemental Security Income, SSI) یا سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم ڈس ایبلٹی (Supplemental Security Income Disability, SSDI) کی جانب سے معذوری کا تعین ہے تو یہ فارم جمع نہ کرائیں۔

پہلا نام: \_\_\_\_\_ آخری نام: \_\_\_\_\_ درمیانی نام: \_\_\_\_\_

ڈاک کا پتہ: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_ عمر: \_\_\_\_\_

فون نمبر: \_\_\_\_\_ SSN (صرف آخری چار اعداد): \_\_\_\_\_

براہ کرم درج ذیل خانوں کو نشان زد کریں (✓)

بسرروزگار  ہاں   نہیں

بصارتی لحاظ سے ناقص  ہاں   نہیں

سماعتی لحاظ سے ناقص (TTY)  ہاں   نہیں

کو (A/R) کنندہ Medicaid کیا درخواست دہندہ/وصول کی چھوٹ درکار ہے؟  ہاں   نہیں

اگر ہاں تو، چھوٹ کی قسم: \_\_\_\_\_

گفتگو کی زبان: \_\_\_\_\_ تحریر کی زبان: \_\_\_\_\_

Authorized Representative (Person assisting you with the disability determination request):

First Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_ Mailing Address: \_\_\_\_\_

Authorized Representative may (check (✓) all that apply):

Apply Renew Medicaid Application  Discuss Medicaid Application/Case  Receive Mail/Correspondence

درخواست دہندہ/وصول کنندہ کا دستخط: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

Authorized Representative Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_