

গুরুত্বপূর্ণ:

দৃষ্টিহীন বা দৃষ্টিশক্তি সম্পর্কিত সমস্যায় আক্রান্ত আবেদনকারীদের জন্য বিকল্প উপলব্ধি

আপনি যদি দৃষ্টিহীন বা দৃষ্টিশক্তি সম্পর্কিত সমস্যায় আক্রান্ত হন এবং বিকল্প বিন্যাসের বিষয়ে আপনার যদি তথ্যের প্রয়োজন হয় তাহলে আপনি আমাদের থেকে যে ধরনের চিঠিপত্র পেতে চান সেটিতে ঠিক চিহ্ন দিন।

অনুগ্রহ করে আপনার আবেদনের সাথে এই ফর্মটিও ফেরত পাঠান।

- সাধারণ বিজ্ঞপ্তি এবং বিশাল আকারে প্রিন্ট করা বিজ্ঞপ্তি
- সাধারণ বিজ্ঞপ্তি এবং ডেটা CD বিজ্ঞপ্তি
- সাধারণ বিজ্ঞপ্তি এবং অডিও CD বিজ্ঞপ্তি
- সাধারণ বিজ্ঞপ্তি এবং ব্রেইল বিজ্ঞপ্তি, আপনার যদি মনে হয় যে অন্যান্য বিকল্প বিন্যাসগুলির কোনটাই আপনার জন্য উপযুক্ত নয়

আপনার যদি অন্য কোনও ব্যবস্থার প্রয়োজন হয় তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার সামাজিক পরিষেবা জেলার সাথে যোগাযোগ করুন।

নিউ ইয়র্ক স্টেট MEDICAID প্রোগ্রাম দ্বারা পরিচালিত সুবিধাগুলির জন্য আবেদন (MEDICARE সেভিংস প্রোগ্রাম এবং ফ্যামিলি প্ল্যানিং বেনিফিট প্রোগ্রামগুলিও বিশাল আকারের প্রিন্ট এবং ডেটা বিন্যাসে উপলব্ধ) শুধুমাত্র তথ্যগত উদ্দেশ্যের জন্য আবেদনপত্রের অডিও এবং ব্রেইল সংস্করণও উপলভ্য।

প্রাপ্তবয়স্ক আবেদনকারী অথবা আবেদনকারীর অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

আপনার প্রথম নাম ও পদবী প্রিন্ট করুন