

Urdu

HCBS Form 02.01.97 (3/97, 7/12)

او پی ڈبلیو ڈی ہوم اینڈ کمیونٹی بیسڈ سروسز رعایت میں
شرکت کے لئے درخواست

درخواست گزار کا نام:

موجودہ پتہ:

سوشل سیکورٹی نمبر:

تاریخ پیدائش:

میڈیکل نمبر:

کاؤنٹی:

اگر میڈیکل میں فی الحال انرول نہیں ہیں تو اس جگہ چیک کریں -

میں نیویارک اسٹیٹ آفس برائے ڈیولپمنٹل معذور افراد کے زیر انتظام ہوم اینڈ کمیونٹی بیسڈ سروسز رعایت میں شرکت کی درخواست کر رہا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ منظوری کا انحصار ہوم اینڈ کمیونٹی بیسڈ سروسز میں میری پسند اور انٹر میڈیٹ کیئر فیسیلٹی کی ترجیح کے ساتھ مندرجہ ذیل ثبوت فراہم کرنے پر ہوگا:

- ڈیولپمنٹل معذوری؛
- انٹر میڈیٹ کیئر فیسیلٹی میں داخلہ کے لئے اہلیت؛
- میڈیکل انرولمنٹ کے لئے اہلیت؛
- مناسب کمیونٹی بیسڈ سروسز کی دستیابی؛ اور
- رہائش کے مناسب انتظامات

ہوم اینڈ کمیونٹی بیسڈ سروسز رعایت میں درخواست دینے کی تاریخ: _____

درخواست گزار کے دستخط:

درخواست گزار کا نام (پرنٹ کریں):

مدد کرنے والے کے دستخط:

مدد کرنے والے کا نام (پرنٹ کریں):

پتہ:

ٹیلی فون نمبر:

تاریخ:
