

পৃষ্ঠা 1 মোট 2

NYS বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা থাকা ব্যক্তিদের অফিস - অফিস ফর পিপল উইথ ডেভেলপমেন্টাল ডিসঅ্যাবিলিটিস

ফর্ম # ELI (1/2023)

বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা নির্ধারণের জন্য ট্রান্সমিটাল ফর্ম

OPWDD পরিষেবাগুলির জন্য যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য কোনও ব্যক্তির বিকাশমূলক প্রতিবন্ধকতা থাকার প্রমাণ প্রয়োজন। এই ফর্মটি পূরণ করুন এবং এটি আপনার স্থানীয় বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা বিষয়ক আঞ্চলিক অফিসে পাঠান। (পৃষ্ঠা 2 এর নির্দেশিকা দেখুন)

সংযুক্ত করুন: সে সব রেকর্ডগুলির কপি যা 22 বছর বয়সের আগে অক্ষমতা থাকার প্রমাণ আপনার যদি কোনও প্রশ্ন থাকে বা যদি এই ফর্মটি পূরণ করতে সহায়তার প্রয়োজন হয় তবে আপনার স্থানীয় DDRO-র সাথে যোগাযোগ করুন। **অনুগ্রহ করে একটি পাঠযোগ্য কপি টাইপ বা প্রিন্ট করুন।** এই * চিহ্নটি প্রয়োজনীয় তথ্য সূচিত করে।

*বিভাগ 1। ব্যক্তির তথ্য

*নাম:	ট্যাবস ID (যদি জানা থাকে):			*SSN:		
*জন্ম তারিখ:	Medicaid #:	*যে কাউন্টির বাসিন্দা:	*লিঙ্গ:	পুং	স্ত্রী	X
*বাড়ির ঠিকানা:	মেইল করার ঠিকানা (যদি আলাদা হয়):					
*শহর:	*স্টেট:	*Zip:	শহর:	স্টেট:	Zip:	
*ফোন:	*এভাবেও পরিচিত:					

*যেখানে তথ্য পাঠাতে হবে (যতগুলি ইচ্ছে চেক করুন):

- নিজস্ব - বাড়ি
- নিজস্ব - মেইল করার ঠিকানা
- পিতা-মাতা/উকিল1 (বিভাগ 2 P/A1 নাম ও ঠিকানা সম্পূর্ণ করুন)
- পিতা-মাতা/উকিল2 (বিভাগ 2 P/A1 নাম ও ঠিকানা সম্পূর্ণ করুন)
- PASRR সমন্বয়কারী

দ্রষ্টব্য: যদি উকিলটি বিভাগ 3 এ তালিকাভুক্ত থাকা এজেন্সি হয়ে থাকে তাহলে 3 বা 4 চেক করবেন না।

বিভাগ 2: সংশ্লিষ্ট পিতামাতা বা উকিলগণ - যে ঠিকানার থেকে চিঠি গ্রহণ করা হয় সেটি ব্যবহার করুন। এল্ডিক যদি না উপরে 3 বা 4 চেক করা হয়ে থাকে।

P/A1 নাম:			P/A2 নাম:		
ঠিকানা:			ঠিকানা:		
শহর:	স্টেট:	Zip:	শহর:	স্টেট:	Zip:
ফোন:	দেশ:		ফোন:	দেশ:	

বিভাগ 3: সুপারিশকারী এজেন্সির তথ্য (যদি প্রযোজ্য হয়) - পূরণ করা হলে স্বয়ংক্রিয়ভাবে তথ্য গৃহীত হয়।

এজেন্সির নাম:			
এজেন্সির কোড (যদি জানা থাকে):		রাস্তার ঠিকানা:	
এজেন্সির যোগাযোগের তথ্য:			
ফোন:	শহর:	স্টেট:	Zip:

*বিভাগ 4: যোগ্য বলে প্রমাণিত হলে আপনি যে পরিষেবাগুলি পেতে আগ্রহী তা পরীক্ষা করুন

<input type="checkbox"/> 1. শূন্যমাত্রার বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা নির্ধারণ - এই মুহুর্তে কোনও পরিষেবার জন্য অনুরোধ	<input type="checkbox"/> 2. বৃহৎগতকৃত সহায়তা পরিসেবাসমূহ (ISS)	<input type="checkbox"/> 3. অবকাশ যাপন কেন্দ্র
<input type="checkbox"/> 4. আবারসিক বাসস্থান (IRA)	<input type="checkbox"/> 5. কমউনিটি হুয়াবলিটিশেন	<input type="checkbox"/> 6. অন্তর্বর্তীকালীন শুরুরমাদান সুবিধাসমূহ (ICF) 7. ডে
<input type="checkbox"/> 9. প্রাক-বৃত্তমূলক	<input type="checkbox"/> 10. সহায়তা প্রাপ্ত কাজ	<input type="checkbox"/> 11. বাড়িতে শুরুরমা করা <input type="checkbox"/> 12. FET - ফ্যামিলি এডুকেশন অ্যান্ড ট্রেনিং বা
<input type="checkbox"/> 13. CSS - সমন্বিত সহায়তা ও পরিষেবাসমূহ	<input type="checkbox"/> 14. কসে ম্যানজমেন্টে, যমেন MSC	<input type="checkbox"/> 15. পারিপার্শ্বিকতা করা পরিবর্তনসমূহ/অভিযোজনমূলক <input type="checkbox"/> 16. উল্লেখ্যসমূহ

পারিবারিক সহায়তা পরিষেবাসমূহ:

<input type="checkbox"/> 17. অবকাশ যাপন <input type="checkbox"/> 18. অন্যান্য পারিবারিক সহায়তা	<input type="checkbox"/> 19. PASRR লভেলে II মন্থায়ন
<input type="checkbox"/> 20. অন্যান্য	

*যে পূরণ করেছেন (নাম):

*তারিখ:

*যে ফর্ম পূরণ করছেন: 1. নিজস্ব 2. পিতা/মাতা/উকিল 3. এজেন্সি 4. PASRR সমন্বয়কারী

নিম্নলিখিতগুলি শুধুমাত্র DDRO কর্মীরা পূরণ করবেন:

DDRO দ্বারা প্রাপ্ত তারিখ:	ইনস্টেক কর্মীদের নাম:
ব্যক্তির ট্যাবস ID #:	TABS-এ লেখা তারিখ:
	দ্বারা (অন্যক্রম):

পৃষ্ঠা 2 মোট 2

ট্রান্সমিটাল ফর্ম পূরণের জন্য নির্দেশাবলী অনুগ্রহ করে সমস্ত তথ্য টাইপ করুন বা স্পষ্টভাবে সুদ্রা করুন

সাধারণ নির্দেশাবলী:

এই ফর্মটি পূরণ করুন এবং রেকর্ডগুলির কপি সহ আপনার স্থানীয় DDRO কে এটি পাঠিয়ে দিন। 22 বছর বয়সের আগে অক্ষমতা থাকা প্রমাণ করে এমন রেকর্ডগুলির কপি অবশ্যই ট্রান্সমিটালের সাথে সংযুক্ত করতে হবে। এগুলি OPWDD যোগ্যতা পর্যালোচনার জন্য ব্যবহার করা হবে। যোগ্যতা পর্যালোচনার জন্য প্রয়োজনীয় রেকর্ডগুলির ধরন সম্পর্কে আপনার যদি প্রশ্ন থাকে, তবে OPWDD পরিষেবাগুলির জন্য যোগ্যতা অর্জনের গুরুত্বপূর্ণ তথ্য দেখুন। তথ্যপত্রটি OPWDD ওয়েবসাইট opwdd.ny.gov এ পাওয়া যেতে পারে বা আপনার স্থানীয় DDRO থেকে অনুরোধ করে পাওয়া যেতে পারে।

বিস্তারিত নির্দেশাবলী:

এই ট্রান্সমিটাল ফর্মটি করা পূরণ করতে পারবেন: যে ব্যক্তি জানতে চান যে তারা OPWDD পরিষেবাগুলির জন্য যোগ্য কিনা, তাদের পিতামাতা বা উকিল, বা কোনও এজেন্সির ব্যক্তি যিনি সেই ব্যক্তিকে সহায়তা করছেন।

বিভাগ 1: ব্যক্তির তথ্য

নাম: ব্যক্তির আইনি নাম; শেষ নাম, প্রথম নাম, এবং মধ্য নামের অদ্যক্ষর ট্যাবস ID: ব্যক্তির ট্যাবস
সনাক্তকরণ নম্বর, যদি নথিভুক্ত না হয়ে থাকে তবে এটি ফাঁকা রাখুন SS#: ব্যক্তির 9 অংকের সামাজিক সুরক্ষা নম্বর বা সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর
জন্ম তারিখ: ব্যক্তির জন্ম তারিখ, মাস, দিন, বছর (MM/DD/YYYY) বিন্যাসে। (উদাঃ 04/03/1998) Medicaid #: ব্যক্তির Medicaid নম্বর।
যে কাউন্টির বাসিন্দা: ব্যক্তিটি যে কাউন্টির বাসিন্দা। (উদাহরণস্বরূপ, কিংস, এসেক্স)
লিঙ্গ: একটি ছেলে/পুরুষ হলে M বলা বা মেয়ে/মহিলা হলে F বলা বা একান্ত ভাবে পুরুষ বা মহিলা নন এমন লিঙ্গ হলে X বসে টিক চিহ্ন দিন
বাড়ির ঠিকানা: ব্যক্তির বর্তমান বাড়ির ঠিকানা
রাস্তা/অ্যাভিনিউ, অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর, সিটি/শহর, স্টেট এবং zip কোড অন্তর্ভুক্ত করুন।
চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: যে ঠিকানায় ব্যক্তিটি চিঠি গ্রহণ করেন, যদি বাড়ির ঠিকানা থেকে আলাদা হয়।
ফোন: PO বক্স/স্ট্রিট/অ্যাভিনিউ, অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর, সিটি/শহর, স্টেট এবং zip কোড অন্তর্ভুক্ত করুন।
এলাকার কোড সহ ব্যক্তির ফোন নম্বর।
এভাবেও পরিচিত: ব্যক্তিটি যে সমস্ত নামে পরিচিত (আইনি নাম ব্যতীত) সেগুলি তালিকাভুক্ত করুন।
ডাকনাম, বিয়ের আগের নাম ইত্যাদি অন্তর্ভুক্ত করুন।
এখানে তথ্য পাঠান: যোগ্যতা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত সংশ্লিষ্ট তথ্য কোথায় পাঠানো উচিত তা নির্দেশ করে বক্সটির পাশে একটি X চিহ্ন দিন। যদি কোনও পিতামাতা বা উকিলকে (ধারা 3 এর এজেন্সি ব্যতীত) DDRO থেকে তথ্য পাঠাতে হয় তবে বক্স 3 এবং/অথবা 4 এ টিক চিহ্ন দিন এবং বিভাগ 2 এর পিতামাতা/উকিল বিষয়ক অংশগুলি পূরণ করুন। ধারা 3 এর যে কোনও এজেন্সি স্বয়ংক্রিয়ভাবে যোগ্যতা নির্ধারণ সম্পর্কিত তথ্য পাবে।

বিভাগ 2: সংশ্লিষ্ট পিতামাতা বা উকিলগণ – এই বিভাগটি এন্ট্রিক যদি না এখানে তথ্য পাঠান এর 3 বা 4 নম্বর বক্সটিতে টিক চিহ্ন দেওয়া হয়ে থাকে। যদি শুধুমাত্র একজন পিতা/মাতা/উকিল প্রয়োজন হয়, তাহলে P/A1 নাম এবং ঠিকানা ব্যবহার করুন। নাম: পিতামাতা বা উকিলের নাম; শেষ নাম, প্রথম নাম এবং মধ্য নামের অদ্যক্ষর।

বাড়ির ঠিকানা: পিতা-মাতা বা উকিলের বর্তমান বাড়ির ঠিকানা
রাস্তা/অ্যাভিনিউ, অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর, সিটি/শহর, স্টেট এবং zip কোড অন্তর্ভুক্ত করুন।
ইমেইল পাঠানোর ঠিকানা: যে ঠিকানায় পিতামাতা বা উকিল চিঠি গ্রহণ করেন, যদি বাড়ির ঠিকানা থেকে আলাদা হয়।
PO বক্স বা রাস্তা/অ্যাভিনিউ ঠিকানা, অ্যাপার্টমেন্ট#, সিটি/শহর, স্টেট এবং zip কোড অন্তর্ভুক্ত করুন।
ফোন: এলাকার কোড সহ পিতামাতা বা উকিলের ফোন নম্বর।

বিভাগ 3: সুপারিশকারী এজেন্সির তথ্য (যদি প্রযোজ্য হয়)

এজেন্সির নাম: এজেন্সিটির পুরো নাম
এজেন্সি কোড: এজেন্সিটির OPWDD এজেন্সি কোড, যদি জানা থাকে
এজেন্সির চুক্তির তথ্য: যোগ্যতা নির্ধারণ সম্পর্কে যার সাথে যোগাযোগ করা হবে সেই এজেন্সি কর্মীর নাম
রাস্তার ঠিকানা: এজেন্সির যার সাথে যোগাযোগ করা হবে তিনি যে ঠিকানায় চিঠি গ্রহণ করেন সেই ঠিকানাটি পূরণ করুন। PO বক্স বা রাস্তা/অ্যাভিনিউ ঠিকানা, সিটি/শহর এবং zip কোড অন্তর্ভুক্ত করুন।
ফোন: এজেন্সির যার সাথে যোগাযোগ করা হবে তার ফোন নম্বর সহ এরিয়া কোড এবং যে কোনও এক্সটেনশন।

বিভাগ 4: শুধুমাত্র বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা নির্ধারণের জন্য বক্স 1 এ একটি X চিহ্ন দিন। অথবা, ব্যক্তিটি যে যে পরিষেবা পেতে আগ্রহী সেই প্রতিটি পরিষেবার পাশের বক্সে একটি X চিহ্ন দিন যদি তিনি OPWDD পরিষেবাগুলির জন্য যোগ্য বলে বিবেচিত হবেন বলে দৃঢ়প্রতিজ্ঞ হন।

দ্রষ্টব্য: ট্রান্সমিটাল কিন্তু পরিষেবাগুলি পাবার জন্য প্রদত্ত কোনও আবেদনপত্র নয়।

যে পূরণ করেছেন: যে ব্যক্তি ফর্মটি পূরণ করেছেন তার নাম এবং ফর্মটি পূরণ হওয়ার তারিখটি পাঠযোগ্যভাবে **ছাপার হরফে** লিখুন।
যে ফর্ম পূরণ করেছেন: ফর্মটি কে পূরণ করেছেন তা নির্দেশ করতে সঠিক বক্সে একটি X চিহ্ন দিন (ব্যক্তি/নিজেই, পিতামাতা বা উকিল, এজেন্সি কর্মী, বা PASRR সমন্বয়কারী)

***পূরণ করা ফর্ম এবং প্রয়োজনীয় রেকর্ডগুলি আপনার স্থানীয় DDRO-তে জমা দিন**