# رسائی پذیر یونٹ کے لیے اہلیت کی تصدیق

# درخواست دہندہ کی جانب سے مکمل کیا جائے:

درخواست دہندہ کا نام: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

فون نمبر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ای میل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

موجودہ پتہ:

بلڈنگ (گھر) نمبر اسٹریٹ اپارٹمنٹ

شہر ریاست زپ

یہ فارم ایک قابل استطاعت رہائش کے اُن درخواست دہندگان کی جانب سے ہاؤسنگ ڈویلپرز کو جمع کروایا جائے گا، جن کا عمل کاری کے لیے انتخاب ہو گیا ہے اور جنہوں نے درخواست میں اس بات کی نشاندہی کی ہے کہ ان کو گھرانے میں موجود حرکت پذیری، سماعت یا بصارت کی معذوری کے حامل فرد کے سبب ایک ایسے یونٹ کی ضرورت ہے جو کہ رسائی پذیر یا مطابقت پذیر ہو۔

درخواست دہندہ کو ان درج ذیل اضافی توثیقات میں سے ایک مہیا کرنی چاہیئے:

1. **سروس فراہم کنندہ کی جانب سے توثیق**۔ اس فارم کا دوسرا صفحہ ایسے لائسنس یافتہ نگہداشت صحت کے ماہر یا کسی تنظیم کے سپروائزری سطح کے ملازم کی جانب سے مکمل کروائیں جو کہ گھرانے کے معذوریوں کے شکار فرد کو خدمات مہیا کرتا ہو۔
2. **صفحہ 3 میں درج دستاویزات میں سے ایک کے ذریعے سے توثیق**۔

درخواست دہندہ یہ صفحہ، مندرجہ بالا میں فہرست شدہ 1 یا 2 کے ساتھ Housing Connect کی وساطت سے ہاؤسنگ ڈویلپر کو بذریعہ ای میل، ڈاک یا بالمشافہ جمع کروائے گا۔

## گھرانے کے اس ممبر کا نام جسے غیر معینہ مدت کے لیے حرکت پذیری، بصارت یا سماعت کی معذوری لاحق ہے:

درخواست دہندہ سے رشتہ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. کیا رسائی پذیر ہاؤسنگ طلب کرنے والے فرد کو کوئی ایمبولیٹری معذوری لاحق ہے جیسا کہ وہیل چیئر استعمال کرتا ہے؟ \_ جی ہاں \_\_\_\_ نہیں
2. کیا فرد کو سماعت سے محرومی کی معذوری ہے؟ \_ جی ہاں \_\_\_\_ نہیں
3. کیا فرد کو بصری معذوری ہے؟ \_ جی ہاں \_\_\_\_ نہیں

(نوٹ فرمائیں: اگر فرد کو ایک سے زیادہ معذوریاں لاحق ہیں، تو براہ کرم اس کے مطابق جواب دیں)۔

**گھرانے میں معذوری کے شکار فرد (یا ان کے قانونی سرپرست) کی جانب سے مکمل کیا جائے:**

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا بیانات میرے بہترین علم کی حد تک صحیح ہیں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ غلط معلومات کی فراہمی ہاؤسنگ کے لیے میری درخواست مسترد ہونے کا سبب بن سکتی ہے۔ اگر میں اپنے سروس فراہم کنندہ کی جانب سے توثیق جمع کروانے کا انتخاب کرتا/کرتی ہوں، تو میں ڈویلپر، مارکیٹنگ ایجنٹ، اور NYC کے محکمہ برائے رہائشی تحفظ و ترقیاتی کام/ (Housing Preservation and Development, HPD) NYCکی رہائشی ترقیاتی کارپوریشن (Housing Development Corporation, HDC) کو مجاز قرار دیتا/دیتی ہوں کہ وہ اُس سروس فراہم کنندہ کے ساتھ میری اہلیت کی تصدیق کریں جس نے توثیق کا فارم مکمل کیا ہے۔

## دستخط:

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## سروس فراہم کنندہ کی جانب سے معذوری کی توثیق

**یہ فارم لائسنس یافتہ نگہداشت صحت کے ماہر یا کسی ایسی تنظیم کے سپروائزری سطح کے ملازم کی جانب مکمل کیا جا سکتا ہے جو کہ گھرانے کے معذوریوں کے شکار فرد کو خدمات مہیا کرتی ہو۔**

**درخواست دہندہ کا نام: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**گھرانے کے حرکت پذیری، بصارت یا سماعت کی معذوری  
 کے شکار فرد کا نام: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**درخواست دہندہ سے رشتہ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

درخواست دہندہ ایک ایسے رہائشی یونٹ کے لیے اہل سمجھے جانے کا طالب ہے جو کہ حرکت پذیری، بصارت یا سماعت کی معذوری (بمطابق ذیل میں بیان کردہ) کے شکار فرد کے استعمال کے لیے رسائی پذیر ہو یا موافق بنایا جا سکتا ہو۔ ایک وفاقی قانون، ایکٹ برائے بحالی (Rehabilitation Act) کا سیکشن 504، اس امر کا متقاضی ہے کہ اس ترقیاتی کام میں رہائشی یونٹس کے کچھ فیصد حرکت پذیری، بصارت اور سماعت کی معذوریوں کے شکار ان افراد کے لیے مخصوص کیے جائیں، جن کو رسائی پذیر/مطابقت پذیر یونٹس کی ضرورت ہے۔ براہ کرم تصدیق کریں کہ درخواست دہندہ یا ان کے گھرانے کا کوئی فرد حرکت پذیری، بصارت، اور/یا سماعت کی معذوری میں غیر معینہ مدت تک کے لیے مبتلا ہے۔

**سروس فراہم کنندہ کی قسم:**

[ ] **میں ایک** **لائسنس یافتہ نگہداشت صحت کا/کی ماہر ہوں**۔ میں اس دستاویز میں معلومات اپنی پیشہ ورانہ مہارت اور درخواست دہندہ اور/یا ان کے گھرانے کے معذوری کے شکار فرد کے ساتھ اپنے تعامل کی بنیاد پر مہیا کر رہا/رہی ہوں۔ نگہداشت صحت کی قسم جو میں نے مہیا کی ہیں وہ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ہیں (مثالیں: جسمانی تھیراپی؛ ماہر امراض چشم وغیرہ)

[ ] **میں** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ کے لیے سپروائزری کردار ادا کرتا/کرتی ہوں، جو کہ ایک ایسی تنظیم ہے جو معذوریوں کے شکار افراد کے لیے خدمات مہیا کرتی ہے**۔ میں اس دستاویز میں یہ معلومات درخواست دہندہ اور/یا معذوریوں کے شکار فرد کے گھرانے کے ساتھ اپنے تجربے اور ان خدمات کی قسم کی بنیاد پر مہیا کر رہا/رہی ہوں جو کہ میری تنظیم ان کو مہیا کرتی ہے۔

## گھرانے کے فرد کی معذوری کی توثیق

گھرانے کے نامزد فرد کو:

* [ ] حرکت پذیری کی ایسی معذوری لاحق ہے کہ جس میں وہ حرکت پذیری کی معذوری کے شکار افراد کے لیے تیار کردہ یونٹ سے مستفید ہو گا (ایک ایسا یونٹ ہے جو محدود جسمانی حرکات میں مبتلا افراد کے لیے خصوصیات کے ساتھ تیار کیا گیا ہے، جیسا کہ باتھ روم اور کچن میں بڑے نصف قطر پر (وہیل چیئر) موڑنے کے لیے جگہ)۔ یہ یونٹس رسائی پذیری کے آفاقی وفاقی معیارات   
  (Universal Federal Accessibility Standards) کے مطابق تیار کیے گیے ہیں۔
* [ ] اس سطح کی سماعت سے محرومی ہے کہ جہاں ان کو سماعت کی معذوری کے شکار افراد کے لیے ایک یونٹ سے فائدہ ہو گا (ایک یونٹ جو کہ اسٹروب لائٹ اسموک الارم اور دروازے کی گھنٹی اور دیگر معاونتی ٹیکنالوجی جیسی خصوصیات میں معاونت دینے کے لیے وائرنگ کا حامل ہو)۔
* [ ] ایسی بصری معذوری لاحق ہے کہ جس میں اسے بصری معذوری میں مبتلا افراد کے یونٹ سے فائدہ ہو گا (ایسا یونٹ جو کہ موزوں آڈیو الارمز اور دیگر معاونتی ٹیکنالوجی جیسی خصوصیات میں معاونت دینے کے لیے وائرنگ کا حامل ہو)۔

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا معلومات میرے بہترین علم کے مطابق درست ہیں۔

نام: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

پتہ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

عہدہ/تنظیم سے تعلق: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تنظیم کا نام: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

دستخط: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ای میل ایڈریس: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

فون: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

لائسنس / تصدیق کی قسم (اگر قابل اطلاق ہو): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

لائسنس نمبر (اگر قابل اطلاق ہے): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

مہر (اگر قابل اطلاق ہو):

## دستاویز کے ذریعے معذوری کی توثیق

ایک درخواست دہندہ اپنے لیے ایسے یونٹ کی ضرورت کی توثیق کی خاطر دستاویزات کی درج ذیل اقسام جمع کروا سکتا ہے جو کہ حرکت پذیری، بصارت، یا سماعت کی معذوریوں میں مبتلا افراد کے لیے رسائی پذیر ہو۔ سروس فراہم کنندہ کی جانب سے توثیق کی بجائے یہ دستاویز جمع کروائی جا سکتی ہے۔

**گھرانے کے حرکت پذیری کی معذوری کے شکار فرد کے لیے:**

* "A"، "U" یا "X" پابندیوں کا حامل NYS ڈرائیونگ لائسنس یا کسی اور ریاست کی جانب سے ڈرائیونگ لائسنس جس میں حرکت پذیری کی معذوری کی نشاندہی ہو۔

**گھرانے کے معذوریوں کے شکار نابالغ (18 سال سے کم عمر) فرد کے لیے:**

* IEP یا نابالغ بچے کے اسکول کے عملے کے ساتھ تیارکردہ 504 منصوبے کی کاپی جس سے بچے کی حرکت پذیری، بصارت، یا سماعت کی معذوری کی نشاندہی ہو

**گھرانے کے سماعت کی معذوری کے شکار فرد کے لیے:**

* "F1" نامزدگی کے ساتھ NYS کا ڈرائیونگ لائسنس یا کسی اور ریاست کی جانب سے ڈرائیونگ لائسنس جس سے سماعت سے محرومی کی نشاندہی ہو
* سماعت سے محرومی کی بالخصوص نشاندہی کا حامل دیگر حکومتی شناختی کارڈ
* بہرے افراد کے اسکول یا ادارے کی جانب سے ڈپلوما یا ٹرانسکرپٹ

**گھرانے کے بصری معذوری کے شکار فرد کے لیے:**

* NYS کمیشن برائے نابینا (NYS Commission for the Blind) (یا کسی دوسری ریاست میں کوئی مساوی ایجنسی) کی جانب سے رجسٹریشن کی دستاویز
* NYS کمیشن برائے نابینا کی جانب سے قانونی اندھے پن کی توثیق یا کسی اور ریاست کی جانب سے مساوی دستاویز
* نابینا پن کی بالخصوصی نشاندہی کا حامل SSDI ایوارڈ لیٹر
* اندھے پن کی بالخصوص نشاندہی کا حامل حکومتی شناختی کارڈ
* نابینا افراد کے اسکول یا ادارے کی جانب سے ڈپلوما یا ٹرانسکرپٹ