



Department of  
Social Services

Human Resources Administration  
Department of Homeless Services

Family Independence  
Administration

Form M-327h (B) (LDSS-4887) (page 1 of 6) LLF Rev. 07/31/2018

তারিখ: \_\_\_\_\_

কেস নম্বর: \_\_\_\_\_

কেসের নাম: \_\_\_\_\_

সেন্টার: \_\_\_\_\_

কেসলোড: \_\_\_\_\_

## মেল-ইন রিসার্টিফিকেশন/যোগ্যতা নির্ণায়ক প্রশ্নাবলী (Bengali)

নগদ সহায়তা (Cash Assistance, CA) এবং পরিপূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) এ আপনার যোগ্যতা অব্যাহত রাখার বিষয়টি নির্ধারণ করতে আপনাকে অবশ্যই প্রতিটি প্রশ্নের উত্তর দিয়ে, স্বাক্ষর করে ও তারিখ দিয়ে, সংযুক্ত ডাকমাশুল প্রদান করা খামে এই ফর্মটি এই ঠিকানায় ও উল্লিখিত তারিখের মধ্যে ফেরত পাঠাতে হবে: **Family Independence Administration, P.O. Box 637, Canal Street Station, New York, NY 10213-0195** \_\_\_\_\_ |

(ফেরতের তারিখ)

CA-র জন্য, এই ফর্মটি একটি মেল-ইন রিসার্টিফিকেশন ফর্ম হিসাবে বিবেচিত হয়। SNAP এর জন্য, এটি একটি যোগ্যতা নির্ণায়ক প্রশ্নাবলী।

- আপনাকে অবশ্যই চিঠিগুলির কপি বা নথি সংযুক্ত করতে হবে যা আপনার জানানো পরিবর্তনগুলিকে প্রমাণ করে। সেইসাথে, আপনি বা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য চাকরি (উপার্জিত আয়) করলে, আপনাকে অবশ্যই আপনার শেষ চারটি বেতনের রশিদ বা উপার্জিত গ্রস আয়ের প্রমাণপত্র এবং শেষ 30 দিনে কত ঘণ্টা কাজ করেছেন তা জমা দিতে হবে, এমনকি মজুর পরিবর্তিত না হলেও।
- ফর্মটি ফেরত না পাঠালে বা আবশ্যিক যাচাইকরণ ছাড়া এটি ফেরত পাঠানোর ফলস্বরূপ আপনার কেসটি বন্ধ করে দেওয়া হতে পারে বা সুবিধাগুলি কমানো হতে পারে।

1. আপনার কি এখনও প্রয়োজন: নগদ সহায়তা?  হ্যাঁ  না  
SNAP?  হ্যাঁ  না চিকিৎসা সহায়তা?  হ্যাঁ  না

আপনি  না তে টিক চিহ্ন দিলে, আপনার বেনিফিট বন্ধ করা হবে।

2. শেষবারে আপনি পরিবারের যতজন সদস্য সংখ্যা জানিয়েছেন তার পর থেকে কেউ কি আপনার পরিবারে এসেছেন বা চলে গেছেন (জন্ম সহ)?  হ্যাঁ  না

- হ্যাঁ হলে নীচে অনুরোধ করা তথ্য প্রদান করুন।
- সহায়তার জন্য তারা আবেদন করতে চাইলে অবশ্যই একটি আবেদনপত্র পূরণ করতে হবে।
- আপনি একজন সদস্যজাতের বিষয় জানালে যাচাইকরণের জন্য একটি জন্মের প্রমাণপত্র সংযুক্ত করুন।

সোস্যাল সিকিউরিটি নম্বর	নাম	আপনার সাথে সম্পর্ক	এসেছেন	চলে গেছেন	তারিখ

(পরের পাতায় যান)

কেস নম্বর: \_\_\_\_\_

3. নগদ সহায়তা (Cash Assistance), আপনার বা আপনার পরিবারের কারোর কি আয়ে কোনো পরিবর্তন হয়েছে? শেষবারে আপনি যে আয় জানিয়েছেন তার পর থেকে নিম্নলিখিত কোনো উৎস থেকে কেউ কি নতুন কোনো আয় করছেন বা আয় বৃদ্ধি বা আয় হ্রাস পেয়েছে?

আপনি টিক চিহ্ন দিলে  হ্যাঁ, নির্দেশ করে যে আপনি আয় করেছেন এবং এই অর্থরাশি নতুন, বেশি, বা কমা সেইসাথে, আপনি বা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য চাকরি (উপার্জিত আয়) করলে, আপনাকে অবশ্যই পাট বি, কর্মনিযুক্তি, পূরণ করতে হবে, এবং আপনার শেষ চারটি বেতনের রশিদ বা উপার্জিত গ্রস আয়ের প্রমাণপত্র এবং শেষ 30 দিনে কত ঘণ্টা কাজ করেছেন তা জমা দিতে হবে, এমনকি মজুরি পরিবর্তিত না হলেও।

আয়ের উৎস		পরিমাণ	নতুন	বেশি	কম
A. অবদান	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	\$ _____			
B. কর্মনিযুক্তি (নতুন কি না এবং আগে জানানো পরিমাণ থেকে বেশি না কম) অনুগ্রহ করে আপনি প্রতি সপ্তাহে কত ঘণ্টা কাজ করেন তা নির্দেশ করুন _____।	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	\$ _____			
C. বেকারত্ব বিমার সুবিধা (Unemployment Insurance Benefits, UIB)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	\$ _____			
D. পরিপূরক নিরাপত্তা আয় (Supplemental Security Income, SSI)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	\$ _____			
E. SSI ছাড়া সোশ্যাল সিকিউরিটি ইনকাম	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	\$ _____			
F. শিশু সহায়তা (আদালতের আদেশ প্রাপ্ত পেমেন্ট সহ)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	\$ _____			
G. প্রবীণ বা অন্যান্য সামরিক সুবিধা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	\$ _____			
H. অন্যান্য আয়	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	\$ _____			

4. আপনি আমাদের শেষবার যা জানিয়েছেন তার পর থেকে কি কোনো পরিবর্তন হয়েছে?

A. বাড়িভাড়া:  হ্যাঁ  না

যদি হ্যাঁ হয়, কতটা বেড়েছে  কমেছে  নতুন অর্থরাশি \$ \_\_\_\_\_  
(পরিবর্তনের প্রমাণ সংযুক্ত করুন)।

B. আপনি কি নিম্নলিখিতগুলির জন্য আলাদাভাবে ভাড়া দেন:

গরম রাখা বা এয়ার কন্ডিশনিং  হ্যাঁ  না

অন্যান্য ইউটিলিটি (ইলেক্ট্রিসিটি, রান্না করার গ্যাস, জল, বর্জ্য নিক্ষেপন, আবর্জনা, ইত্যাদি)  হ্যাঁ  না

C. কেউ কি গর্ভবতী, অক্ষম বা 60 বছর বা তার বেশি বয়সী?  হ্যাঁ  না

হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নাম লিখুন (মেডিকেল প্রমাণপত্র সংযুক্ত করুন): \_\_\_\_\_

(পরের পাতায় যান)

কেস নম্বর: \_\_\_\_\_

4. আপনি আমাদের শেষবার যা জানিয়েছেন তার পর থেকে কি নিম্নলিখিতগুলিতে কোনো পরিবর্তন হয়েছে? (চলছে)

- D. সংস্থানগুলি (যেমন, মোটর গাড়ী, ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট, ইত্যাদি):  হ্যাঁ  না  
হ্যাঁ হলে, বিস্তারিত জানান (ব্যাঙ্ক স্টেটমেন্ট, মোটর গাড়ীর নাম, ইত্যাদির ফটোকপি সংযুক্ত করুন):  
\_\_\_\_\_
- E. আপনার পরিবারের বাইরের কাউকে শিশু সহায়তা প্রদান করেন:  হ্যাঁ  না  
যদি হ্যাঁ হয়, কতটা বেড়েছে  কমেছে  নতুন অর্থরাশি \$ \_\_\_\_\_  
(আদালতের আদেশনামার প্রমাণ সংযুক্ত করুন)
- F. পরিবারের সদস্য যিনি অক্ষম বা যার বয়স 60 বছর বা তার বেশি তার চিকিৎসা সংক্রান্ত খরচ প্রদান করা হয়:  হ্যাঁ  না  
হ্যাঁ হলে, বিস্তারিত জানান: \_\_\_\_\_
- G. অন্যান্য পরিবর্তন:  হ্যাঁ  না  
হ্যাঁ হলে, বিস্তারিত জানান: \_\_\_\_\_
- H. কোনো শারীরিক অসুস্থতা কি তাদের কাজ করার ক্ষমতা বা তারা যে ধরনের কাজ করতে পারেন, তাকে সীমিত করেছে?  হ্যাঁ  
 না  
হ্যাঁ হলে, নাম: \_\_\_\_\_

**নির্ভরশীল ব্যক্তি ছাড়া শারীরিকভাবে সক্ষম প্রাপ্তবয়স্ক (Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD) -**

আপনার SNAP পরিবারের কেউ যদি নির্ভরশীল ব্যক্তি ছাড়া শারীরিকভাবে সক্ষম প্রাপ্তবয়স্ক (ABAWD) হন, তাহলে আপনাকে অবশ্যই আমাদের জানাতে হবে যে একটি নির্দিষ্ট মাসে কর্মনিযুক্তিতে বা অন্য কোনো কাজে সেই ব্যক্তির অংশগ্রহণ মাসে 80 ঘণ্টার কম কি না।

**পরিপূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)**

SNAP এ আপনার যোগ্যতা অব্যাহত রাখার বিষয়টি নির্ধারণ করতে আপনাকে অবশ্যই এই যোগ্যতা নির্ণায়ক প্রশ্নাবলী পূরণ করতে হবে এবং এই ফর্মের পৃষ্ঠা 1 এ উল্লিখিত তারিখের মধ্যে ফেরত পাঠাতে হবে। নির্ধারিত তারিখের মধ্যে যোগ্যতা নির্ণায়ক প্রশ্নাবলী পূরণ করে ফেরত না পাঠালে, আপনার SNAP সুবিধাগুলি কমানো হবে বা বন্ধ করা হবে। এরকম হলে আমরা আপনাকে আরো একটি বিজ্ঞপ্তি পাঠাব। এই সিদ্ধান্তটি 18 NYCRR 387.17 বিধি অনুসারে নেওয়া হয়েছে।

এই সময় SNAP এর জন্য আপনাকে যে পরিবর্তনগুলি অবশ্যই জানাতে হবে তার তালিকা:

- আপনার পরিবারের যে কোনো সদস্যের **আয়ের উৎসের** কোনো পরিবর্তন।
- আপনার পরিবারের **উপার্জিত আয়ের** বৃদ্ধি বা হ্রাস মাসে \$100 এর বেশি হলে আপনার পরিবারের মোট উপার্জিত আয়ের পরিবর্তনগুলি।

(পরের পাতায় যান)

কেস নম্বর: \_\_\_\_\_

এই সময় SNAP এর জন্য আপনাকে যে পরিবর্তনগুলি অবশ্যই জানাতে হবে তার তালিকা:

- সামাজিক সুরক্ষা সুবিধা বা বেকারত্বের বিমা সুবিধার মত একটি সরকারি উৎস থেকে আপনার পরিবারের অনুপার্জিত আয়ের বৃদ্ধি বা হ্রাস মাসে \$100 এর বেশি হলে আপনার পরিবারের মোট অনুপার্জিত আয়ের পরিবর্তনগুলি।
- শিশু সহায়তার পেমেন্ট বা বেসরকারি প্রতিবন্ধী বিমার মত একটি বেসরকারী উৎস থেকে আপনার পরিবারের অনুপার্জিত আয়ের বৃদ্ধি বা হ্রাস মাসে \$100 এর বেশি হলে আপনার পরিবারের মোট অনুপার্জিত আয়ের পরিবর্তনগুলি।
- আপনার SNAP পরিবারের বাইরে একটি শিশুকে আদালতের আদেশানুযায়ী আপনার পরিশোধ করা শিশু সহায়তা র অর্থরাশির পরিবর্তন।
- আপনার সাথে যারা থাকেন তাদের কোনো পরিবর্তন।
- আপনি যদি বাড়ি পরিবর্তন করেন, আপনার নতুন ঠিকানা এবং আপনার নতুন বাড়িভাড়া বা মটগেজের খরচ, ঘর গরম রাখা/এয়ার কন্ডিশনিং, এবং ইউটিলিটি খরচ।
- একটি নতুন বা আলাদা গাড়ী, বা অন্য গাড়ী।
- যদি কোনো প্রবীণ বা চীরকালের জন্য অক্ষম সদস্যহীন কোনো পরিবারের সঞ্চয় বর্তমানে \$2,250 এর বেশি হয় বা প্রবীণ বা চীরকালের জন্য অক্ষম সদস্য থাকা কোনো পরিবারের সঞ্চয় \$3,500 এর বেশি হয় তাহলে আপনার পরিবারের নগদ অর্থ, স্টক, বন্ড, ব্যালেন্স বা সঞ্চয়ের প্রতিষ্ঠানে থাকা অর্থের বৃদ্ধি।
- আপনার SNAP পরিবারের কেউ যদি নির্ভরশীল ব্যক্তি ছাড়া শারীরিকভাবে সক্ষম প্রাপ্তবয়স্ক (ABAWD) হন, তাহলে মাস শেষ হওয়ার 10 দিনের মধ্যে তাদেরকে অবশ্যই জেলাকে জানাতে হবে যে একটি নির্দিষ্ট মাসে কমনিয়ুজিটিতে বা অন্য কোনো কাজে সেই ব্যক্তির অংশগ্রহণ মাসে 80 ঘণ্টার কম কি না। যুক্তরাষ্ট্রীয় ABAWD আবশ্যিকতা পূরণ করতে সহায়তা করার জন্য ABAWD জেলা থেকে একটি যোগ্যতা নির্ণায়ক কাজের জন্য অনুরোধ করতে পারবে। আপনার SNAP পরিবারের কেউ একজন ABAWD হলে, আপনার পরিবার একটি যুক্তরাষ্ট্রীয় অনুমোদিত ABAWD ওয়েভারযুক্ত এলাকায় চলে গেলে বা যদি ABAWD মনে করেন যে তার ABAWD আবশ্যিকতা থেকে ছাড় পাওয়া উচিত তাহলে সেগুলি অবশ্যই তাদের রিপোর্ট করতে হবে।

**চিকিৎসা সহায়তা (MEDICAL ASSISTANCE)** — ঠিকানা, আয়, সম্পদ বা পরিবারের আকারের যে কোনো পরিবর্তনের বিষয়ে আপনাকে অবশ্যই অবিলম্বে এজেন্সিকে জানাতে হবে। আপনার চিকিৎসা সহায়তার কভারেজ পরিবর্তিত হলে আপনাকে জানিয়ে দেওয়া হবে।

আপনাকে অবশ্যই চিঠি বা নথিগুলির কপি সংযুক্ত করতে হবে যা আপনার জানানো পরিবর্তনগুলিকে যাচাই করে। সেইসাথে, আপনি বা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য চাকরি (উপার্জিত আয়) করলে, আপনাকে অবশ্যই আপনার শেষ চারটি বেতনের রশিদ বা উপার্জিত গ্রস আয়ের প্রমাণপত্র এবং শেষ 30 দিনে কত ঘণ্টা কাজ করেছেন তা জমা দিতে হবে, এমনকি মজুর পরিবর্তিত না হলেও।

আপনার SNAP পরিবারের কেউ যদি নির্ভরশীল ব্যক্তি ছাড়া শারীরিকভাবে সক্ষম প্রাপ্তবয়স্ক (ABAWD) হন, তাহলে মাস শেষ হওয়ার 10 দিনের মধ্যে আপনাকে অবশ্যই আমাদের জানাতে হবে যে একটি নির্দিষ্ট মাসে কমনিয়ুজিটিতে বা অন্য কোনো কাজে সেই ব্যক্তির অংশগ্রহণ মাসে 80 ঘণ্টার কম কি না।

(পরের পাতায় যান)

কেস নম্বর: \_\_\_\_\_

**ফলস্বরূপ SSI থেকে সরকারি সহায়তা সুবিধা ফেরত দেওয়ার অনুমোদন**

আমি পরিপূরক নিরাপত্তা আয়ের (Supplemental Security Income, SSI) জন্য যোগ্য কি না তা SSA যখন নির্ধারণ করবে তখন সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্ট (Social Services District, SSD) স্টেট বা স্থানীয় তহবিল থেকে সরকারি সহায়তা (Public Assistance, PA) বাবদ আমাকে যে অর্থ প্রদান করে তার থেকে স্থানীয় SSD কে পরিশোধ করার জন্য আমার SSI এর প্রথম পেমেন্ট (অর্থাৎ আমার পূর্ববর্তী SSI পেমেন্ট) ব্যবহার করতে আমি সামাজিক সুরক্ষা প্রশাসনের কমিশনারকে অধিকার প্রদান করছি। যুক্তরাষ্ট্রীয় কোনো তহবিল ব্যবহার করে প্রদান করা PA-র জন্য SSA SSD কে কোনো অর্থ পরিশোধ করবে না।

স্টেট SSA কে বিজ্ঞপ্তি প্রদান করলে এবং সেটি আমার এবং একজন SSD প্রতিনিধি দ্বারা সাক্ষরিত হলেই শুধুমাত্র আমি এই অনুমোদনটি দ্বারা আবদ্ধ থাকব। আমার SSI রেকর্ডের সাথে আমার স্টেট রেকর্ড মেলাবার 30 ক্যালেন্ডার দিবসের মধ্যে স্টেটকে অবশ্যই বিজ্ঞপ্তি প্রদান করতে হবে। 30 ক্যালেন্ডার দিবসের পরে SSA এটি গ্রহণ করবে না। পরিবর্তে, SSA আমাকে SSA নিয়মাবলী অনুযায়ী আমার পূর্ববর্তী SSI পেমেন্টগুলি পাঠাবে।

SSI এর আমার প্রথম পেমেন্টটি শুধুমাত্র ব্যবহার করা যাবে। SSD-র কাছে আমার যে পরিমাণ অর্থ বকেয়া আছে তার থেকে আমার প্রাপ্ত প্রথম পেমেন্ট বেশি হলে, SSA তার নিয়মাবলী অনুযায়ী বাকি অর্থ আমাকে পাঠাবে।

দুটি পরিস্থিতিতে SSA SSD কে অর্থ পরিশোধ করবে:

- (1) আমি SSI এর জন্য আবেদন করলে এবং SSA আমাকে যোগ্য মনে করলে সেটি SSD কে অর্থ পরিশোধ করবে।
- (2) আমার SSI সুবিধাগুলি বন্ধ বা স্থগিত করার পর আবার শুরু করা হলে সেটি SSD কে অর্থ পরিশোধ করবে।

আমার SSA যোগ্যতা নির্ধারণের অপেক্ষারত সময়ে SSD PA-র জন্য আমাকে যে অর্থ প্রদান করেছে, SSA শুধুমাত্র সেই পরিমাণ অর্থ পরিশোধ করবে। একে "অভ্যন্তরীণ সহায়তা" বলা হয়। এই সময় মেয়াদটি শুরু হয় (1) আমি SSI সুবিধাগুলির জন্য যোগ্য বিবেচিত হওয়ার প্রথম মাস থেকে, বা (2) আমার SSI সুবিধাগুলি বন্ধ বা স্থগিত করার পর আবার শুরু হওয়ার প্রথম দিন থেকে। এই সময় মেয়াদটি SSI পেমেন্টগুলি প্রকৃত শুরু হওয়ার মাসটিকে অন্তর্ভুক্ত করে। SSD আমার শেষ PA পেমেন্ট বন্ধ না করলে, সময় মেয়াদটি পরবর্তী মাসে শেষ হয়ে যাবে।

SSA SSD কে অর্থ পরিশোধের 10 দিনের মধ্যে, প্রদান করা অভ্যন্তরীণ সহায়তার পরিমাণ জানিয়ে SSD অবশ্যই আমাকে একটি বিজ্ঞপ্তি পাঠাবে। বিজ্ঞপ্তিটি আমাকে এটিও বলবে যে SSA আমাকে একটি চিঠি পাঠাবে যাতে বলা থাকবে যে আমার কাছে পাওনা কোনো বকেয়া SSI অর্থ SSA কিভাবে পাঠিয়েছে এবং, আমি স্টেটের কোনো সিদ্ধান্তে সন্মত না হলে, সেই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আমি কিভাবে স্টেটে আবেদন করব।

এর নিয়মাবলী অনুযায়ী, আমি এই অনুমোদনটি যে তারিখে স্বাক্ষর করেছি সেই তারিখটিকে SSA SSI এর জন্য প্রথম যোগ্যতা লাভের তারিখ হিসাবে ব্যবহার করতে পারব। পরবর্তী 60 দিনের মধ্যে আমি SSI এর জন্য আবেদন করলেই শুধুমাত্র সেটি করবো।

SSA-র কাছে মীমাংসা না হওয়া আমার যে কোনো SSI আবেদন বা বিচার প্রার্থনার ক্ষেত্রে এই অনুমোদনটি প্রযোজ্য হবে।

আমার SSI কেসটি সম্পূর্ণরূপে নির্ধারিত হয়ে গেলে এই অনুমোদনটির পরিসমাপ্তি ঘটবে। SSA আমাকে প্রথমবার অর্থপ্রদান করলে এটির পরিসমাপ্তি ঘটবে। স্টেট এবং আমি উভয়েও এই অনুমোদনটির পরিসমাপ্তি ঘটাতে সন্মত হতে পারি। এই অনুমোদনটির পরিসমাপ্তির পর আমি SSI এর জন্য পুনরায় আবেদন করলে, বা আমার কোনো SSI আবেদন বা বিচার প্রার্থনা অমীমাংসিত থাকাকালীন আমি একটি নতুন SSI ক্লেম ফাইল করলে আমাকে অবশ্যই নিউইয়র্ক স্টেটের নিয়মের সাথে সামঞ্জস্য রেখে একটি নতুন অনুমোদন স্বাক্ষর করতে হবে।

**(পরের পাতায় যান)**

কেস নম্বর: \_\_\_\_\_

অর্থ পরিশোধ সম্পর্কে SSD-র নেওয়া কোনো সিদ্ধান্তে আমি অসম্মত হলে আমাকে একটি ন্যায্য শুনানির সুযোগ প্রদান করা হবে।

আমি "সামাজিক পরিষেবা কর্মসূচিগুলি সম্বন্ধে আপনার যা জানা উচিত" ("What You Should Know About Social Services Programs") নামক একটি পুস্তিকা পেয়েছি। আমি বুঝেছি যে এটিতে অভ্যন্তরীণ সহায়তা সম্পর্কে বলা আছে।

আমি শপথ করছি (বা) নিশ্চিত করে বলছি যে এই ফর্মের তথ্য সত্য ও সঠিক।

নাম (অনুগ্রহ করে লিখুন): \_\_\_\_\_

স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

সঙ্গী বা অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

তারিখ: \_\_\_\_\_

সতর্কতা: সহায়তা অব্যাহত রাখার জন্য আপনি যদি সত্যি কথা না বলেন বা সত্যটি গোপন করেন বা প্রকাশ না করেন তাহলে যুক্তরাষ্ট্রীয় আইন শাস্তিস্বরূপ আপনাকে জরিমানা করতে পারে, কারাদণ্ড দিতে পারে বা উভয়ই করতে পারে। প্রবিধান অনুযায়ী আপনার প্রয়োজনীয় বস্তু, আয়, সম্পত্তি, বসবাসের বন্দোবস্ত অথবা ঠিকানার কোনরকম পরিবর্তন হলে আপনাকে অবিলম্বে এজেন্সিকে জানাতে হবে।

কর্মীর স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

দ্রষ্টব্য: এই ফর্মটির শেষ অংশ ভোট দেওয়ার জন্য নিবন্ধনের একটি আবেদনপত্র। ভোটার নিবন্ধনের আবেদন পত্র পূরণ করতে আপনার কোনো সহায়তার প্রয়োজন হলে, আপনার কর্মীকে জিজ্ঞাসা করুন। ভোটদানের জন্য নিবন্ধন করতে আবেদন করা বা নিবন্ধন করতে না চাওয়া এই সংস্থা কর্তৃক আপনাকে দেওয়া সহায়তার পরিমাণের উপর কোনো প্রভাব ফেলবে না। এই ফর্মটি সম্পূর্ণ হোক বা না হোক সেটি এজেন্সিকে ফেরত দিন।