

আবেদন

ঠিকানা গোপনীয়তা কার্যক্রম (ACP)

নির্দেশনা



NYS Department of State
Address Confidentiality Program
P.O. Box 1110
Albany, NY 12201-1110
ফোন: (518) 474-7306
টোল ফ্রি: (855) 350-4595
ফ্যাক্স: (518) 474-0709
ইমেল: ACP@dos.ny.gov
ওয়েব: www.dos.ny.gov/acp

একজন কার্যক্রমে অংশগ্রহণকারীকে অবশ্যই ঠিকানা গোপনীয়তা কার্যক্রমে একজন অংশগ্রহণকারী হয়ে ওঠার উদ্দেশ্যে এই আবেদন সম্পূর্ণ করতে হবে।
কিভাবে যথাযথভাবে আবেদন ফর্মটি পূরণ করতে হবে সেটা তাদের বোঝা নিশ্চিত করতে সব আবেদনকারীর নীচের নির্দেশিকা পর্যালোচনা করা উচিত।

বিভাগ 1 - অংশগ্রহণকারীর তথ্য

মুখ্য অংশগ্রহণকারীর নাম

একজন কার্যক্রমে অংশগ্রহণকারী হওয়ার জন্য আবেদনকারী ব্যক্তি গার্হস্থ্য সহিংসতা, লুকিয়ে পিছু নেওয়া, যৌন অপরাধ, এবং/অথবা মানুষ পাচারের ভুক্তভূগী একজন বয়স্ক ব্যক্তি হতে পারেন যিনি তার নিরাপত্তার কারণে ভীত এবং সেইধরনের সহিংসতার কারণে তার বাসস্থান ত্যাগ করেছেন। আবেদনকারী কোনো নাবালক (18 বছর বয়সের কম ব্যক্তি) বা অক্ষম ব্যক্তির পক্ষ হয়ে আবেদন করা পিতামাতা বা আইনি অভিভাবক হতে পারেন এবং সেই ব্যক্তির পক্ষ হয়ে কাজ করার আইনি কর্তৃত্বের অধিকারীও হতে হবে। আবেদনকারীকে অবশ্যই বিভাগ 3-এ উপযুক্ত বক্সটি টিক চিহ্ন দিতে হবে যেখানে নির্দেশ করা আছে যে তিনি নিজের জন্য আবেদন করছেন না কোনো নাবালক বা অক্ষম ব্যক্তির পক্ষ হয়ে আবেদন করছেন এবং তাকে একটি হলফনামা স্বাক্ষর করতে হবে।

কার্যক্রমে অংশগ্রহণকারীর তার পুরো আইনসম্মত নাম এবং জন্ম তারিখ অন্তর্ভুক্ত করা উচিত।

অনুগ্রহ করে আপনাকে এখন বা আগে অন্য কোনো নামে ডাকা হলে সেগুলোরও একটি তালিকা দিন।

যদি, নিরাপত্তার উদ্দেশ্যে, আপনি চান আপনার ডাক আপনার একটি পৃথক নামের অধীনে ফরওয়ার্ড করা হোক, তাহলে অনুগ্রহ করে নামটি ইঙ্গিত করুন।

অন্যান্য অংশগ্রহণকারী

এই বিভাগে মুখ্য অংশগ্রহণকারীর একই পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের অন্তর্ভুক্ত করতে পারে যাদের মুখ্য অংশগ্রহণকারীকে নিরাপদে রাখার উদ্দেশ্যে ACP-তে অংশগ্রহণ করা প্রয়োজন। এর মধ্যে একজন নাবালক, একজন অক্ষম ব্যক্তি, বা পরিবারে বাসরত কোনো বয়স্ক যিনি কার্যক্রমে অংশগ্রহণ করতে সম্মত আছেন তারাও অন্তর্ভুক্ত হতে পারে। মুখ্য অংশগ্রহণকারীর পরিবারে অন্যান্য বয়স্কদের বিভাগ 4-এ থাকা হলফনামাও পূরণ করতে হবে।

অন্যান্য পরিবারের সদস্যরা নাবালক, অক্ষম ব্যক্তি না পরিবারে বাসরত অন্যান্য বয়স্ক ব্যক্তি সেটাও আবেদনকারীকে নির্দেশ করতে হবে। প্রত্যেক পরিবারের সদস্যের পুরো আইনসম্মত নাম এবং জন্ম তারিখও অবশ্যই প্রদান করতে হবে।

অনুগ্রহ করে লক্ষ্য রাখুন যে কোনো নাবালক প্রাপ্তবয়স্কে (18 বছর) পরিণত হলে, তাকে অবশ্যই ACP-তে অংশগ্রহণ করা অব্যাহত রাখতে একটি নতুন আবেদন পূরণ করতে হবে এবং বিভাগ 4 স্বাক্ষর করতে হবে। এই নতুন প্রাপ্তবয়স্ক পরিবারের সদস্য এই নতুন আবেদন জমা দিতে ব্যর্থ হলে তার নাম কার্যক্রম থেকে সরিয়ে ফেলা হবে।

অতিরিক্ত অংশগ্রহণকারী যোগ করা প্রয়োজন হলে এই পৃষ্ঠাটি কপি করা যেতে পারে।

মুখ্য অংশগ্রহণকারীর আসল ঠিকানা

এটি হল সেই ঠিকানা যেখানে মুখ্য অংশগ্রহণকারী বাস করেন। অংশগ্রহণকারীকে অবশ্যই কাউন্টি নাম সহ এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করতে হবে। ঠিকানা একটি পোস্ট অফিস বক্স হলে চলবে না। ACP কার্যক্রমে অংশগ্রহণ নিউ ইয়র্ক স্টেট আবাসিকদের মধ্যে সীমিত। মুখ্য অংশগ্রহণকারীকে অবশ্যই একটি ফোন নম্বর প্রদান করতে হবে যাতে ACP কার্যক্রম তার সাথে যোগাযোগ করতে পারে। একটি নিরাপদ বিকল্প ফোন নম্বরও প্রদান করা উচিত। ACP সুপারিশ করে যে অংশগ্রহণকারী দিনের কোন সময় কল নিতে পারবেন সেটাও যেন নির্দেশ করে দেন।

মুখ্য অংশগ্রহণকারীর ডাক ঠিকানা

এটি হল সেই ঠিকানা যেখানে মুখ্য অংশগ্রহণকারী চান যে তার ডাক ডেলিভারি করা হোক। এটা আসল ঠিকানার সাথে একই ঠিকানা হলে ফাঁকা রাখা যেতে পারে। ACP একটি পোস্ট বক্স বা আসল ঠিকানা ছাড়া অন্য কোনো ঠিকানায় ডাক পাঠাতে পারে।

এই ঠিকানা পরিবর্তন হলে, অনুগ্রহ করে পরিবর্তনের নির্দেশিকার জন্য ঠিকানা গোপনীয়তা কার্যক্রমের সাথে যোগাযোগ করুন বা ACP পরিবর্তন/প্রত্যাহার বিজ্ঞপ্তি DOS-1931-f-a ব্যবহার করুন <https://www.dos.ny.gov/forms/acp/1931-f-1-a.pdf>। US পোস্ট অফিসের সাথে ঠিকানা পরিবর্তন করার অনুরোধ দায়ের করবেন না।

ইমেল ঠিকানা: অনুগ্রহ করে ACP কর্মীর জন্য যোগাযোগের আরেকটি উপায় হিসেবে আপনার ইমেল ঠিকানা নির্দেশ করুন।

ACP সনাক্তকরণ নম্বর

এটি প্রত্যেক ACP অংশগ্রহণকারীকে জারি করা একটি স্বতন্ত্র সনাক্তকরণ নম্বর। কার্যক্রমে অংশগ্রহণকারী কার্যক্রমে নতুন হলে, তিনি ডাকযোগে একটি ACP নম্বর পাবেন। আবেদনটি ইতিমধ্যে একটি সনাক্তকরণ নম্বর জারি করা অংশগ্রহণকারীর জন্য হলে, এই ACP নম্বরটি আবেদনে অন্তর্ভুক্ত করা উচিত।

নির্দেশনা for আবেদন

ঠিকানা গোপনীয়তা কার্যক্রম (ACP) চলছে

নিরাপত্তার সঙ্কেতশব্দ

কার্যক্রমে অংশগ্রহণকারীকে ভবিষ্যতে তার রেকর্ডে কোনো পরিবর্তন করার একটি নিরাপদ উপায় তৈরী করতে আবেদনে একটি গোপন সঙ্কেতশব্দ প্রদান করা উচিত। এটি কোনো অননুমোদিত ব্যক্তিকে রেকর্ডে কোনো পরিবর্তন করা থেকে রোধ করা উচিত। অনুগ্রহ করে এটি একটি নিরাপদ স্থানে রাখুন।

কার্যক্রমে অংশগ্রহণকারীর তাদের গোপন সঙ্কেতশব্দ মনে রাখতে সাহায্য করতে একটি আভাস প্রদান করা উচিত। কার্যক্রমে অংশগ্রহণকারী একটি পরিবর্তন করার ফর্ম সম্পূর্ণ করার সময় গোপন সঙ্কেতশব্দটি মনে করতে না পারলে, তিনি ACP অফিসকে কল করতে পারেন এবং কর্মী সদস্য শব্দটি মনে করতে সাহায্য করতে একটি আভাস প্রদান করবেন।

বিভাগ 2 - কার্যক্রমে অংশগ্রহণকারীর জন্য চেকলিস্ট

আবেদনকারীর এই বিভাগে প্রত্যেক চেকলিস্ট ভালো করে পড়ে বোঝা উচিত। একজন আবেদনে সহায়তা প্রদানকারী এই বিভাগে প্রতিটি বিবৃতির অর্থ ব্যাখ্যা করতে পারেন। আবেদনকারীর চেকলিস্টে প্রতিটি জিনিসের পাশে নামের আদ্যক্ষর দেওয়া উচিত, যা নিশ্চিত করে যে তিনি প্রতিটি জিনিস বোঝেন ও তার সাথে সম্মত হন।

বিভাগ 3 - কার্যক্রম অংশগ্রহণকারীর হলফনামা

আবেদনকারীর অনুরূপ বাস্তব যা নির্দেশ করে যে তিনি আবেদন তার নিজের জন্য নাকি আবেদনে ইঙ্গিত করা কার্যক্রমে অংশগ্রহণকারীর আইনি অভিভাবক হিসেবে সম্পূর্ণ করছেন সেটা টিক চিহ্ন দেওয়া উচিত। একজন অংশগ্রহণকারীর অবশ্যই আবেদনে অন্তর্ভুক্ত করা কোনো নাবালক এবং/অথবা অক্ষম ব্যক্তির পক্ষ হয়ে পদক্ষেপ নেওয়ার আইনসম্মত কর্তৃত্ব আছে।

কার্যক্রমে অংশগ্রহণকারী বা আইনসম্মত অভিভাবককে অবশ্যই আবেদনে প্রদত্ত সব তথ্যই সত্য এবং সঠিক সেটা নিশ্চিত করে লেখা লাইনে তার নাম স্বাক্ষর করতে হবে। আবেদন স্বাক্ষর করে, অংশগ্রহণকারী যে কিভাবে ACP কাজ করে এবং কার্যক্রমে নথিভুক্ত করার প্রয়োজনীয়তাগুলো বুঝেছেন সেটাও নিশ্চিত করেন।

বিভাগ 4 - পরিবারের হলফনামার অন্যান্য বয়স্ক সদস্য

ACP-তে অংশগ্রহণ করতে ইচ্ছুক পরিবারের প্রত্যেক বয়স্ক সদস্যের তিনি যে পরিবারের একজন সদস্য এবং ACP-তে অংশগ্রহণ করতে চান সেটা নিশ্চিত করা বাস্তব টিক চিহ্ন দেওয়া উচিত। প্রত্যেক বয়স্ক সদস্য এই ফর্মটি কপি করে পূরণ করতে পারেন।

প্রত্যেক বয়স্ক সদস্যকে অবশ্যই আবেদনে তাদের সম্পর্কে প্রদত্ত সব তথ্যই সত্য এবং সঠিক এটি নিশ্চিত করে লেখা লাইনে তার নাম স্বাক্ষর করতে হবে। আবেদন স্বাক্ষর করে, বয়স্ক অংশগ্রহণকারী নিশ্চিত করেন যে কিভাবে ACP কাজ করে এবং কার্যক্রমে নথিভুক্ত করার প্রয়োজনীয়তাগুলো তারা বোঝেন।

বিভাগ 5 - আবেদনে সহায়তা প্রদানকারী (প্রয়োজ্য হলে)

যদি একজন আবেদনে সহায়তা প্রদানকারী আবেদনকারীকে ঠিকানা গোপনীয়তা কার্যক্রম ব্যাখ্যা করেন এবং ফর্মটি পূরণ করায় সাহায্য করেন, তাহলে আবেদনে এজেন্সির নাম, অনুরূপ এজেন্সির কোড, এজেন্সির সাথে যোগাযোগ করা ব্যক্তির নাম ও এজেন্সির ফোন নম্বর অন্তর্ভুক্ত করা উচিত।

কোনো অংশগ্রহণকারী একটি এজেন্সির সহায়তা ছাড়াই আবেদন করলে, এই বিভাগটি পূরণ করার প্রয়োজন নেই।

সম্পূর্ণ আবেদন ফর্মটি আবেদনে নির্দেশ করা ঠিকানায় পাঠানো উচিত।

আবেদন

ঠিকানা গোপনীয়তা কার্যক্রম (ACP)



NYS Department of State
Address Confidentiality Program
P.O. Box 1110
Albany, NY 12201-1110
ফোন: (518) 474-7306
টোল ফ্রি: (855) 350-4595
ফ্যাক্স: (518) 474-0709
ইমেল: ACP@dos.ny.gov
ওয়েব: www.dos.ny.gov/acp

এই আবেদন সম্পূর্ণ করার আগে মনোযোগ সহকারে নির্দেশিকা পড়ুন। অনুগ্রহ করে প্রতিক্রিয়া কালি দিয়ে মুদ্রিত করুন বা টাইপ করুন।

বিভাগ 1: অংশগ্রহণকারীর তথ্য ACP কার্যক্রমে অংশগ্রহণ নিউ ইয়র্ক স্টেট আবাসিকদের মধ্যে সীমিত।

মুখ্য অংশগ্রহণকারীর নাম (নামের প্রথম, মায়ের অংশ, পদবি) ACP সনাক্তকরণ নম্বর (বিদ্যমান রেকর্ড থাকলে) _____

নামের প্রথম অংশ

নামের মায়ের অংশ

পদবি

জন্ম তারিখ (MM/DD/YYYY)

এমন অন্য কোনো নাম যা আপনার এখন আছে বা আগে ছিল: _____

ছদ্মনাম: যদি, নিরাপত্তার উদ্দেশ্যে, আপনি চান আপনার ডাক আপনার একটি পৃথক নামের অধীনে ফরওয়ার্ড করা হোক, তাহলে অনুগ্রহ করে নামটি এখানে ইঙ্গিত করুন: _____

আমি একজন নিউ ইয়র্ক স্টেটের বাসিন্দা: হ্যাঁ না

আমি এর একজন ভুক্তভূগী: গার্হস্থ্য সহিংসতা লুকিয়ে পিছু নেওয়া যৌন অপরাধ মানুষ পাচার

অন্যান্য অংশগ্রহণকারী (নামের প্রথম, মায়ের অংশ, পদবি) -- আপনার অতিরিক্ত অংশগ্রহণকারী থাকলে আপনি এই পৃষ্ঠাটি কপি করে সংযুক্ত করতে পারেন।

নামের প্রথম শব্দ

নামের মায়ের শব্দ

নামের শেষ শব্দ

জন্ম তারিখ

(পরিবারে বাসরত নাবালক/অক্ষম/বয়স্ক ব্যক্তি)

(MM/DD/YYYY)

নামের প্রথম শব্দ

নামের মায়ের শব্দ

নামের শেষ শব্দ

জন্ম তারিখ

(পরিবারে বাসরত নাবালক/অক্ষম/বয়স্ক ব্যক্তি)

(MM/DD/YYYY)

নামের প্রথম শব্দ

নামের মায়ের শব্দ

নামের শেষ শব্দ

জন্ম তারিখ

(পরিবারে বাসরত নাবালক/অক্ষম/বয়স্ক ব্যক্তি)

(MM/DD/YYYY)

মুখ্য অংশগ্রহণকারীর আসল ঠিকানা (যে ঠিকানায় অংশগ্রহণকারী আসলে বাস করেন) *কার্যক্রমে অংশগ্রহণ করার ক্ষেত্রে প্রয়োজনীয়।

ঠিকানা 1: _____

ঠিকানা 2: _____

সিটি: _____ প্রদেশ: _____ জিপ কোড: _____ কাউন্টি: _____

দিনের বেলা: _____ সন্ধ্যা বেলা: _____ নিরাপদ বিকল্প: _____ কল করার সবচেয়ে _____ সকাল

ফোন: _____ ফোন: _____ ফোন: _____ ভালো সময়: _____ সন্ধ্যা

মুখ্য অংশগ্রহণকারীর ডাক ঠিকানা * (উপরের ঠিকানা থেকে পৃথক হলে যে ঠিকানায় ACP অংশগ্রহণকারীর ডাক পাঠাবে)

ঠিকানা 1: _____

ঠিকানা 2: _____

সিটি: _____ প্রদেশ: _____ জিপ কোড: _____ কাউন্টি: _____

ইমেল ঠিকানা: _____

- এই ঠিকানা পরিবর্তন হলে, অনুগ্রহ করে পরিবর্তনের নির্দেশিকার জন্য ঠিকানা গোপনীয়তা কার্যক্রমের সাথে যোগাযোগ করুন বা ACP পরিবর্তন/প্রত্যাহার বিজ্ঞপ্তি DOS-1931-f-a ব্যবহার করুন <https://www.dos.ny.gov/forms/acp/1931-f-1-a.pdf>। US পোস্ট অফিসের সাথে ঠিকানা পরিবর্তন করার অনুরোধ দায়ের করবেন না।

আপনি কি কখনও নিউ ইয়র্কের ঠিকানা গোপনীয়তা কার্যক্রমে অংশগ্রহণ করেছেন? হ্যাঁ না

হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে প্রদান করুন আগের ACP সনাক্তকরণ নম্বর # _____

নিরাপত্তার সঙ্কেতশব্দ -এই গোপন সঙ্কেতশব্দ আপনার রেকর্ডের সব ভবিষ্যতের পরিবর্তনের জন্য ব্যবহার করা হবে - একটি নিরাপদ স্থানে রাখা গুরুত্বপূর্ণ।

আপনার গোপন সঙ্কেতশব্দ প্রদান করুন: _____

এই গোপন সঙ্কেতশব্দ মনে রাখতে আপনাকে সাহায্য করবে এমন একটি আভাস প্রদান করুন: _____

বিভাগ 2: কার্যক্রম অংশগ্রহণকারীর চেকলিস্ট - অনুগ্রহ করে প্রতিটি জিনিসের পাশে নামের আদ্যক্ষর লিখুন।

- আমি বুঝি যে ACP শুধুমাত্র একটি ডাক ফরওয়ার্ড করার পরিষেবা এবং যে আমার ডাক আমাকে ফরওয়ার্ড করার আগে প্রথমে কার্যক্রমের P.O. বক্সে আলবেনিতে আসবে, অর্থাৎ আমার ডাক পেতে আমার আরো বেশি সময় লাগবে, আইনসম্মত ডাক যাতে সময় সংবেদনশীল উপাদান থাকতে পারে সেগুলো সহ। আমি এও বুঝি যে ACP শুধুমাত্র প্রথম-শ্রেণীর ডাক ও আইনসম্মত নথিপত্র আমাকে ফরওয়ার্ড করবে এবং ম্যাগাজিন, ক্যাটালগ, প্যাকেজ বা অযাচিত বিজ্ঞাপনের ডাক স্পষ্টকরে ওষুধপত্র হিসেবে সনাক্ত করা না হলে বা কোনো সরকারী এজেন্সি পাঠিয়েছে তা স্পষ্টকরে নির্দেশ করা না থাকলে ফরওয়ার্ড করবে না।
- আমি বুঝি যে আমি যে ACP বিকল্প ঠিকানা ব্যবহার করতে চাই সেটা স্টেট ও স্থানীয় সরকারী কর্মচারীদের জানানো আমার দায়িত্ব এবং যে আমাকে আমার ACP আই.ডি কার্ড তাদের দেখাতে হবে। আমি এও বুঝি যে আমি কোনো সরকারী এজেন্সিকে আমার আসল ঠিকানা দিলে, সেই এজেন্সি আমার তথ্য গোপন রাখতে কোনোভাবেই বাধ্য নয়।
- আমি বুঝি যে ACP রেকর্ডে থাকা নামের বদলে অন্য কোনো নামে পাঠানো আমার ডাক হয়তো আমাকে ফরওয়ার্ড নাও করা হতে পারে। আমি এও বুঝি যে আমার আইনসম্মত নাম ছাড়া অন্য কোনো নামে আমি আবেদন সম্পূর্ণ করলে তার ফলে যে এজেন্সিতে তাদের পরিষেবা পেতে আইনসম্মত নাম প্রয়োজন সেইধরণের নির্দিষ্ট এজেন্সিগুলোতে ACP-এর বিশেষ সুবিধা অস্বীকার করা হতে পারে।
- আমি বুঝি যে বেসরকারী কোম্পানিগুলো (যেমন বিমা, টেলিফোন, ইউটিলিটি, ইত্যাদি) ACP-এর বিকল্প ঠিকানা ব্যবহার করতে বাধ্য নয় এবং তাদের হয়তো একটি আসল বাসস্থানের রাস্তার ঠিকানা প্রয়োজন হতে পারে।
- আমি বুঝি যে ACP কোনো তৃতীয় পক্ষকে আমার আসল ঠিকানা প্রকাশ করা থেকে আইনত নিষেধাজ্ঞাপ্রাপ্ত। তবে, ACP আদালতের কাছ থেকে আদেশ পেলে, বা আইনসম্মত আইন প্রনয়ন উদ্দেশ্যের জন্য কোনো আইন প্রনয়নকারী এজেন্সির অনুরোধে আমার আসল ঠিকানা প্রকাশ করতে পারে।
- আমি বুঝি যে আমি আমার ACP আবেদনে মিথ্যা তথ্য প্রদান করলে আমাকে কার্যক্রম থেকে বাতিল করা হবে। আমি এও বুঝি যে আমি আমার নাম বা ঠিকানা পরিবর্তন করে 14 দিনের ভিতরে কার্যক্রমকে তা না জানালে, বা ডাক প্রেরণ করা হয়নি বলে ফেরত আসলে, ACP আমার অংশগ্রহণ বাতিল করবে।

বিভাগ 3: কার্যক্রম অংশগ্রহণকারীর হলফনামা - অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিতগুলোর মধ্য থেকে একটিতে টিক চিহ্ন দিন।

- আমি নিশ্চিত করি যে, কার্যক্রমের অংশগ্রহণকারী হিসেবে, আমি গার্হস্থ্য সহিংসতা, লুকিয়ে পিছু নেওয়া, যৌন অপরাধ, এবং/অথবা মানুষ পাচারের ভুক্তভুগী। আমি সেইসব সহিংসতার কারণে আমার বাসস্থান ত্যাগ করেছি এবং আমার এবং/অথবা আমার সন্তানদের নিরাপত্তার জন্য ভীত। আমার এই আবেদনে অন্তর্ভুক্ত করা সব নাবালক এবং/অথবা অক্ষম ব্যক্তির পক্ষ হয়ে পদক্ষেপ নেওয়ার আইনসম্মত কর্তৃত্ব রয়েছে।
- আমি নিশ্চিত করি যে আমি এই আবেদনে নির্দেশিত আবেদনকারীর আইনসম্মত অভিভাবক এবং এমন একজন নাবালক বা অক্ষম ব্যক্তির পক্ষ হয়ে কাজ করছি যে গার্হস্থ্য সহিংসতা, লুকিয়ে পিছু নেওয়া, যৌন অপরাধ, এবং/অথবা মানুষ পাচারের মতো সহিংসতার কারণে তাদের বাসস্থান ত্যাগ করেছে এবং তারা তাদের নিরাপত্তার জন্য ভীত। আমার এই আবেদনে অন্তর্ভুক্ত করা এই নাবালক এবং/অথবা অক্ষম ব্যক্তির পক্ষ হয়ে পদক্ষেপ নেওয়ার আইনসম্মত কর্তৃত্ব রয়েছে।

আবেদনকারীর নিশ্চিতকরণ:

আমি এতদ্বারা মিথ্যা হলফ করার জরিমানার অধীনে নিশ্চিত করি যে এই আবেদনে প্রদান করা সব তথ্য সত্য এবং সঠিক। আমি বুঝি যে এই কার্যক্রমের মাধ্যমে আমি শুধুমাত্র প্রথম শ্রেণীর, নিবন্ধিত এবং প্রত্যয়িত ডাকই পাব। ACP ম্যাগাজিন, প্যাকেজ বা অযাচিত বিজ্ঞাপনের ডাক ফরওয়ার্ড করে না। আমি বুঝি যে এই আবেদনে দেওয়া বাসস্থানের ঠিকানা থেকে অন্য কোথাও চলে গেলে বা ACP কে প্রথমে না জানিয়ে আমার ঠিকানা পরিবর্তন করলে তার ফলে হয়তো ACP-তে আমার অংশগ্রহণ বাতিল হয়ে যেতে পারে। আমি এতদ্বারা ডাক প্রক্রিয়াকরণ এবং প্রাপ্তির পরিষেবার জন্য সেক্রেটারি অভ স্টেটকে আমার এজেন্ট হিসেবে মনোনীত করি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর _____

মুদ্রিত নাম _____

তারিখ _____

বিভাগ 4: পরিবারে হলফনামার অন্যান্য বয়স্ক সদস্য - অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিতগুলোয় টিক চিহ্ন দিন।

এই বিভাগটি মুখ্য অংশগ্রহণকারীর মতো একই পরিবারের কোনো বয়স্ক সদস্যের সম্পূর্ণ করা উচিত। পরিবারের কোনো অতিরিক্ত বয়স্ক সদস্যের জন্য এই পৃষ্ঠাটি কপি করে সংযুক্ত করুন।

- আমি নিশ্চিত করি যে আমি এই আবেদনে থাকা কার্যক্রম অংশগ্রহণকারীর মতো একই পরিবারের একজন বয়স্ক সদস্য এবং ACP-তে অংশগ্রহণ করার সম্মতি প্রদান করি।

আবেদনকারীর নিশ্চিতকরণ:

আমি এতদ্বারা মিথ্যা হলফ করার জরিমানার অধীনে নিশ্চিত করি যে এই আবেদনে প্রদান করা সব তথ্য আমার সেরা জ্ঞানের ভিত্তিতে সত্য এবং সঠিক। আমি বুঝি যে এই কার্যক্রমের মাধ্যমে আমি শুধুমাত্র প্রথম শ্রেণীর, নিবন্ধিত এবং প্রত্যয়িত ডাকই পাব। ACP ম্যাগাজিন, প্যাকেজ বা অযাচিত বিজ্ঞাপনের ডাক ফরওয়ার্ড করে না। আমি এতদ্বারা ডাক প্রক্রিয়াকরণ এবং প্রাপ্তির পরিষেবার জন্য সেক্রেটারি অভ স্টেটকে আমার এজেন্ট হিসেবে মনোনীত করি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর _____

মুদ্রিত নাম _____

তারিখ _____

বিভাগ 5: আবেদনে সহায়তা প্রদানকারী -(প্রযোজ্য হলে)

এজেন্সির নাম: _____ এজেন্সির কোড: _____

এজেন্সির যোগাযোগ করার নাম: _____ ফোন নম্বর: _____

স্বাক্ষর _____

অনুগ্রহ করে সম্পূর্ণ করা আবেদন এখানে ফেরত দিন:

NYS Department of State

Address Confidentiality Program

P.O. Box 1110, Albany, NY 12201-1110

(518) 474-0709

অথবা ফ্যাক্স মারফত ACP কে এখানে ফেরত দিন: