

زبان تک رسائی کی درخواست کے لئے فارم

LANGUAGE ACCESS REQUEST FORM

اگر آپ کو اس دستاویز کی ضرورت کسی دوسری زبان یا بڑے فونٹ میں ہے یا آپ کو مناسب رہائش (معذور افراد) کی ضرورت ہے تو، براہ کرم 312-935-2600۔ ترجمان کی خدمات کا بندوبست کرنے کے لئے سات دن کی ایڈوانس نوٹس درکار ہے۔

If you need this document in a different language or LARGER FONT or if you need a reasonable accommodation (persons with disabilities), please call 312-935-2600. Advance notice of seven days is required in order to arrange for interpreter services.

درخواست کی تاریخ: \_\_\_\_\_

Date of Request

_____ :# ID کی دار	<input type="checkbox"/> HCV شریک یا درخواست دہندہ کر	میں ہوں
Tenant ID #:	HCV Participant or Applicant	I am
_____ :# ID کی دار	<input type="checkbox"/> PH شریک یا درخواست دہندہ کر	
Tenant ID #:	PH Participant or Applicant	
_____ :# ID کی دار	<input type="checkbox"/> سینئر رہائشی شریک یا درخواست دہندہ	
Tenant ID #:	Senior Housing Participant or Applicant	
_____ :# ID کی دار	<input type="checkbox"/> مخلوط آمدنی میں شریک یا درخواست دہندہ	
Tenant ID #:	Mixed-Income Participant or Applicant	
	<input type="checkbox"/> عوام (غیر CHA حصہ لینے والا اور نہ ہی درخواست دہندہ)	
	Public (Non-CHA Participant nor Applicant)	
	<input type="checkbox"/> CHA ملازم	
	CHA Employee	

نام (گھر کے سربراہ): \_\_\_\_\_ فون: \_\_\_\_\_ ای میل: \_\_\_\_\_

E-Mail:

Phone:

Name (Head of Household):

\_\_\_\_\_ : شہر، ریاست، زپ کوڈ:  
City, State, ZIP Code:

\_\_\_\_\_ : پتہ:  
Address:

امریکی سائن ان زبان  
Opt Out

آپٹ آؤٹ  
American Sign-Language

تحریری ترجمہ  
In-Person Interpretation

شخصی تشریح  
Written Translation

خدمات کی درخواست کی؟  
Services Requested?

\_\_\_\_\_ : بنیادی زبان:  
Primary Language:

براہ مہربانی نوٹ کریں: رہائش کی درخواست کرنے والے گھریلو ممبر کو محدود انگریزی کی مہارت کی HUD کی تعریف کو پورا کرنا ہوگا

Please Note: The household member requesting the accommodation(s) must meet HUD's definition of Limited English Proficiency.

1. تحریری ترجمے

براہ کرم دستاویز (زبانیں) منسلک کریں جس کے لئے اس فارم کے ساتھ ترجمے کی ضرورت ہے۔  
For WRITTEN TRANSLATIONS

Please attach the document(s) that require translation along with this form

2. انفرادی دلچسپی یا امریکی اشارے زبان

For IN-PERSON INTERPRETATION or AMERICAN SIGN-LANGUAGE

براہ کرم درج ذیل معلومات فراہم کریں  
Please provide the following information

گروپ میٹنگ  
Group Meeting

1:1 میٹنگ (منظوری ، سماعت وغیرہ)  
1:1 Meeting (recertification, hearing, etc.)

ملاقات کی قسم  
Type of Meeting

شروع ہونے کا وقت  
Start Time

زبان  
Language

اختتامی وقت  
End Time

پتہ  
Address

شہر ، ریاست ، زپ کوڈ  
City, State, ZIP Code

میٹنگ کی جگہ  
Meeting Location

(کمیونٹی روم کانفرنس روم ، آڈیٹوریم ، وغیرہ)

(Community Room Conference Room, Auditorium, Etc.)

3. پروگرام  
Program

عام عوام  
General Public

PH- پیچ- مخلوط آمدنی  
PH- Mixed Income

PH- پیچ سینئر  
PH- Senior

PH- پیچ روایتی  
PH- Traditional

تمام پروگرام اور  
CHA - All programs and activities

PBV

RAD

HCV

CHA - All programs and activities

PBV

RAD

HCV

سرگرمیاں

گروپ میٹنگ واقعہ کی معلومات:

Group Meeting/Event Information:

محدود انگریزی مہارت کے ساتھ شرکت کرنے والے افراد کی تعداد

Number of Individuals attending with a Limited English Proficiency

اجلاس میں شرکت کرنے والے افراد کی کل تعداد

Total Number of Individuals attending the Meeting

سائٹ پر رابطہ ای میل ایڈریس

On-site Contact Email address

سیل نمبر  
Cell Number

نوٹ: اگر ضروری ہو تو ، CHA پروگرام کا عملہ مائی شرکا کی جانب سے نام ، CHA ID اور زبان تک رسائی کی درخواست پورا کریں۔

Note: If necessary, CHA Program staff may fill in the name, CHA ID and Language Access request on behalf of the participant.

اگر لاگو ہو تو CHA کے عملے کے دستخط: X

Signature of CHA staff, if applicable: X

4. معلومات کا اجرا:

Release of Information:

میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس فارم پر فراہم کردہ معلومات صحیح اور درست ہیں۔ میں CHA کو مناسب CHA نمائندے سے زبان تک رسائی کی درخواست پر بات کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

I certify that the information provided on this form is true and accurate. I give CHA permission to discuss the language access request with appropriate CHA representative.

دستخط  
Date

شرکاء کی تاریخ کا  
Signature of Participant

دھوکہ دہی اور جھوٹے بیانات: 18 ، امریکی کوڈ کے سیکشن 1001 میں کہا گیا ہے کہ وہ عنوان شخص جو جان بوجھ کر اور جان بوجھ کر



ریاست ہائے متحدہ امریکہ کی حکومت ، HUD ، کسی پبلک ہاؤسنگ اتھارٹی یا کسی پراپرٹی مالک کے کسی بھی محکمہ یا ملازم کے بارے میں جان بوجھ کر اور جان بوجھ کر غلط بیانی کرتا ہے۔ جرمانے اور یا قید۔

**Fraud and False Statements:** Title 18, Section 1001 of the U.S. Code states that a person who knowingly and willingly makes false and fraudulent statements to any department or employee of the United States Government, HUD, a Public Housing Authority or a property owner may be subject to penalties that include fines and/or imprisonment.

اگر آپ کے کوئی سوالات ہیں تو ، براہ کرم CHA ہیڈ کوارٹر کو 8500-742-312 پر فون کریں یا تنوع اور شمولیت کے دفتر کو [chala@thecha.org](mailto:chala@thecha.org) پر ای میل کریں۔

If you have any questions, please call the CHA Headquarters at 312-742-8500 or e-mail the Office of Diversity and Inclusion at [chala@thecha.org](mailto:chala@thecha.org).

یہ دستاویز HUD کا جاری کردہ یا CHA کا جاری کردہ قانونی دستاویز ہے۔ HUD اور/یا CHA کے ذریعہ اس دستاویز کا ترجمہ فراہم کرنے کا مقصد محض آپ کو اپنے حقوق و ذمہ داریاں سمجھنے میں مدد کرنا ہے۔ اس دستاویز کا انگریزی زبان کا ورژن باضابطہ، قانونی، کنٹرولنگ دستاویز ہے۔ یہ ترجمہ شدہ دستاویز باضابطہ دستاویز نہیں ہے۔

**FOR OFFICE OF DIVERSITY & INCLUSION STAFF ONLY**

Request Received via:  website or portal  chala@thecha.org  SharePoint  other \_\_\_\_\_

ODI Staff Name: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Approved      Date Processed: \_\_\_\_\_

Denied      Date Denied: \_\_\_\_\_ Reason for Denial: \_\_\_\_\_

ODI notified the following Office/Program via email (address indicated below) for follow-up and update to Yardi **Primary Language** and/or **Need for Translator**.

Office/Program: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_