

뉴욕주 임시장애지원담당실
집단 보호 변경 신고서

I. 반송 지침

신고서 작성이 완료되면 다음 연락처로 반송해주시십시오: 이메일: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

팩스: (518) 486-3459

우편 주소: SSI State Supplement Program
 PO Box 1740
 Albany, New York 12201



II. 클라이언트 식별 정보

성명:	사회 보장 번호(마지막 네 자리): XXX-XXX-	생년월일: / /
새 주소:		
새 우편주소 (주거지 주소와 다른 경우):		
새 기관 명칭 및 주소:	전 기관 명칭 및 주소:	
카운티:	카운티:	
인증서/라이선스/서비스 제공업체 #	인증서/라이선스/서비스 제공업체 #	

III. 배치, 이전 또는 기타 변경 사항의 내용

배치 종류	관리 유형(연방/주 동거 형태)	변경 유효 날짜
<input type="checkbox"/> 전입 <input type="checkbox"/> 전출	집단 보호 레벨 1- 가족 부양 연방 동거 형태 코드 A, 주 코드 C	
<input type="checkbox"/> 전입 <input type="checkbox"/> 전출	집단 보호 레벨 2- 거주 보호 연방 동거 형태 코드 A, 주 코드 D	
<input type="checkbox"/> 전입 <input type="checkbox"/> 전출	집단 보호 레벨 3- 향상된 거주 보호 연방 동거 형태 코드 A, 주 코드 E	
<input type="checkbox"/> 전입 <input type="checkbox"/> 전출	의료 시설 연방 동거 형태 코드 A/D, 주 코드 Z	
<input type="checkbox"/> 전입 <input type="checkbox"/> 전출	커뮤니티 또는 기타(구체적으로 명기하십시오. 예) 사망:	

뉴욕주 임시장애지원담당실
집단 보호 변경 신고서

IV. 보호

18 세 이하 청소년의 경우 법적 보호자가 누구입니까?	<input type="checkbox"/> 부모/보호자 <input type="checkbox"/> 사회복지과 <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 명기하십시오) _____
--------------------------------	---

V. 근로 소득 변동

소득 유형:(예, 사회보장 연금, 사회보장장애보험, 연금, 임금)	금액:	소득 변경일:

VI. 재산

총 셀 수 있는 재산: \$ _____ 유효 _____

VII. 계좌입금 승인

<input type="checkbox"/> 본인은 본 거주인의 수령인*으로써 이 사람의 SSP 수당을 아래의 은행 계좌로 입금해주시기를 요청합니다. _____ (수령인 서명) *반드시 SSA 가 승인한 대리 수령인이거나 SSP 가 승인한 지정 대리인(DR) 수령인이어야 합니다. DR 수령인 신청을 하려면 1-855-488-0541 로 연락하십시오	<input type="checkbox"/> 본인은 제 SSP 수당을 아래의 은행 계좌로 입금해주시기를 요청합니다. _____ (거주자 서명)
은행명 및 주소 _____ 계좌 개설자 이름: _____ 은행식별기호 _____ 계좌 번호 _____ 계좌 유형 <input type="checkbox"/> 당좌예금 <input type="checkbox"/> 저축예금	

VIII. 승인

성명:	직책:
서명:	일자:
	전화:
	이메일:

질문이 있거나 자세한 정보가 필요하십니까?

1-855-488-0541

www.otda.ny.gov/programs/ssp