

Modulo di verifica del reddito

Cognome del destinatario SSP	Nome	Iniziale secondo nome	Numero identificativo della persona
Nome del Rappresentante designato (se applicabile)			

Chi sta compilando questo modulo?

 Destinatario SSP Rappresentante designato Altro _____

RISPONDERE A TUTTE LE ULTERIORI DOMANDE NELLA FORMA PERTINENTE AL DESTINATARIO SSP. Se occorre altro spazio, allegare un foglio a parte.

Sezione 1: Reddito da lavoro

Qualche componente del nucleo famiglia (il destinatario, il suo coniuge e/o i suoi figli) lavora in questo momento o è dipendente stagionale?

 Sì, compilare questa sezione. No, passare alla sezione 2.

Chi non ha compiuto ancora 18, oppure chi non ha compiuto 22 anni e non è coniugato ed è studente a tempo pieno, deve indicare il reddito dei genitori.

Nome della persona che svolge lavoro dipendente: _____

Datore di Lavoro n. 1: Nome _____

 Tipo di lavoro (selezionare tutte le opzioni applicabili): tempo pieno part-time lavoratore autonomo
 lavoro a giornata

 salario stagionale annuale \$ _____ salario annuale lavoro protetto \$ _____

Numero di ore di lavoro a settimana _____ Paga settimanale al lordo delle deduzioni \$ _____

Data inizio lavoro _____ Data fine lavoro _____ (se si lavora ancora, indicare N/A).

Nome della persona che svolge lavoro dipendente: _____

Datore di Lavoro n. 2: Nome _____

 Tipo di lavoro (selezionare tutte le opzioni applicabili): tempo pieno part-time lavoratore autonomo
 lavoro a giornata

 salario stagionale annuale \$ _____ salario annuale lavoro protetto \$ _____

Numero di ore di lavoro a settimana _____ Paga settimanale al lordo delle deduzioni \$ _____

Data inizio lavoro _____ Data fine lavoro _____ (se si lavora ancora, indicare N/A).

In presenza di altri datori di lavoro, allegare un foglio a parte.

Le persone cieche o invalide che devono sostenere spese per poter lavorare, devono indicare il tipo di spese e l'importo mensile:

Sezione 2: Reddito non da lavoro

Qualche componente del nucleo famiglia (il destinatario, il suo coniuge e/o i suoi figli) dispone di altre entrate, **ad esempio reddito da affitto?**

Sì, compilare questa sezione.

No, passare alla sezione 3.

Chi non ha compiuto ancora 18, oppure chi non ha compiuto 22 anni e non è coniugato ed è studente a tempo pieno, deve indicare il reddito dei genitori.

Tipologie di reddito non da lavoro – Sono da includere, a titolo di esempio, tra l'altro:

* Supplemental Security Income (SSI - Reddito previdenziale supplementare), Invalidità Sicurezza sociale o Pensione (importo mensile che si riceve a cui si deve aggiungere il premio Medicare)	* Mantenimento figli e alimenti ricevuti
* Assegno superstite Sicurezza sociale	* Assicurazione di disoccupazione
* Prestazioni invalidità da parte dello Stato	* Indennità infortuni sul lavoro
* Assegni di veterano	* Interessi, dividendi o redditi da certificati di deposito
* Riparto militare	* Royalty o concessioni (minerarie, pascolo, ecc.)
* Pensioni di anzianità e vecchiaia, reddito 401K	* Assistenza temporanea
* Reddito da affitto	* Pensione ferrovia o invalidità
* Reddito da lavoro autonomo	* Altro (descrivere di seguito)

Chi riceve questo Reddito?	Rapporto di parentela	Tipo di reddito (dall'elenco precedente)	Fonte di reddito	Date ricevimento reddito (da mm/aa fino a mm/aa)	Importo mensile ricevuto

Sezione 3: Reddito in natura

1. Qualche persona non indicata nella Sezione 4 eroga al destinatario o al suo coniuge denaro, generi alimentari, una sistemazione abitativa a titolo gratuito o contribuisce a pagare le bollette?

Sì, compilare questa sezione.

No, passare alla sezione 4.

Tipo di contributo	Frequenza di ricevimento del contributo	Importo del contributo

2. Qual è l'importo medio totale mensile delle seguenti spese del nucleo familiare: mutuo/affitto, assicurazione sulle proprietà, tasse sulla proprietà, combustibile per riscaldamento, elettricità, gas, acqua, fognature e rifiuti?
\$ _____

3. Qual è il contributo medio totale mensile in contanti a confronto con le spese del nucleo familiare?

\$ _____

Sezione 4: Informazioni sul nucleo familiare

Indicare i componenti della famiglia che convivono nel nucleo familiare (comprendenti il coniuge, i genitori, i figli e soggetto che contribuisce finanziariamente, se applicabile).

Nome Nome, iniziale secondo nome, cognome	Qual è il rapporto di parentela con il destinatario?	Data di nascita (Mese/Giorno/A nno)	Numero Sicurezza sociale	Questa persona frequenta una classe scolastica compresa tra la materna e il 12° anno?	Questa persona sta frequentando il college?
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Sezione 5: Certificazione

Attesto che le informazioni che ho fornito sono corrette e veritiere.

Firma del richiedente/destinatario/ rappresentante designato	Data
Firma del coniuge	Data

*Per poter firmare a nome del destinatario, il rappresentante designato deve essere registrato agli atti del SSP di New York.

Se i moduli compilati non vengono restituiti entro 30 giorni dalla data della presente lettera, sono possibili effetti sulle prestazioni SSP.

Se occorre assistenza per la compilare dei moduli o per ricevere chiarimenti, è possibile contattarci al numero verde 1-(855)-488-0541.

Rinviare le informazioni richieste:

per posta a: NYS OTDA
State Supplement Program
PO Box 1740
Albany, New York 12201

per e-mail all'indirizzo: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

OPPURE via fax al numero: 518-486-3459