

مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة ومعونة العجز
نموذج تقرير تغيير الرعاية الجماعية



otda.sm.ssp@otda.ny.gov
 (518)486-3459
 برنامج الولاية لدخل الضمان التكميلي
 صندوق بريد رقم 1740
 ألبانيا، نيويورك 12201

1. **تعليمات الإعادة**
 يُرجى إعادة هذا النموذج بعد إكماله إلى: عن طريق البريد الإلكتروني:
 عن طريق الفاكس: العنوان البريدي:

2. **هوية العميل**

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي (الأرقام الأربعة الأخيرة)	تاريخ الميلاد
	-xxx-xxx	/ /
عنوان الإقامة الجديد:		
العنوان البريدي الجديد (إذا كان مختلفاً عن عنوان الإقامة):		
اسم وعنوان المزوّد الجديد:	اسم وعنوان المزوّد السابق:	
المقاطعة:	المقاطعة:	
الشهادة / الترخيص / رقم المزوّد	الشهادة / الترخيص / رقم المزوّد	

3. **طبيعة التسكين، أو الانتقال، أو التغيير خلاف ذلك**

نوع التسكين	نوع الرعاية (ترتيبات معيشة فدرالية/تابعة للولاية)	تاريخ تفعيل التغيير
<input type="checkbox"/> انتقال إلى <input type="checkbox"/> انتقال من	مستوى الرعاية الجماعية 1 – رعاية الأسرة ترتيبات معيشة فدرالية، الرمز (أ)، رمز الولاية (ج)	
<input type="checkbox"/> انتقال إلى <input type="checkbox"/> انتقال من	مستوى الرعاية الجماعية 2 – رعاية سكنية ترتيبات معيشة فدرالية، الرمز (أ)، رمز الولاية (د)	
<input type="checkbox"/> انتقال إلى <input type="checkbox"/> انتقال من	مستوى الرعاية الجماعية 3 – رعاية سكنية معززة ترتيبات معيشة فدرالية، الرمز (أ)، رمز الولاية (هـ)	
<input type="checkbox"/> انتقال إلى <input type="checkbox"/> انتقال من	مرفق طبي ترتيبات معيشة فدرالية، الرمز (أ/د)، رمز الولاية (ض)	
<input type="checkbox"/> انتقال إلى <input type="checkbox"/> انتقال من	مجتمع أو خلاف ذلك (يرجى التحديد؛ مثال: متوقّي):	

مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة ومعونة العجز
نموذج تقرير تغيير الرعاية الجماعية

.4 الوصاية

للأطفال دون سن 18 عاماً، من لهم حق الوصاية؟	<input type="checkbox"/> ولي أمر / وصي <input type="checkbox"/> خدمات اجتماعية
	<input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد): _____

.5 تغيرات الدخل

نوع الدخل: (مثال: معاش الضمان الاجتماعي، الضمان الاجتماعي للمعاقين، معاش، أجور)	المبلغ:	تاريخ تغيير الدخل:

.6 الموارد

إجمالي الموارد القابلة للعد/التقدير، يساوي: _____ دولار أمريكي، اعتباراً من: _____

.7 تخويل الإيداع المباشر

<input type="checkbox"/> أطلب إيداع مخصصات برنامج الولاية التكميلي في الحساب البنكي المذكور أدناه.	<input type="checkbox"/> بصفتي المستفيد* لهذا المقيم، أطلب إيداع مخصصات برنامج الولاية التكميلي في الحساب البنكي المذكور أدناه.
_____ (توقيع المقيم)	_____ (توقيع المستفيد)
	* ينبغي أن يكون المستفيد الممثل معتمداً من قبل إدارة الضمان الاجتماعي أو مستفيد ممثل معين معتمد من قبل برنامج الولاية التكميلي. للتقدم كي تصبح مستفيد ممثل معين، يرجى الاتصال بالرقم 1-855-488-0541
اسم وعنوان البنك: _____	
اسم الحساب: _____	
رقم التوجيه: _____	
رقم الحساب: _____	
نوع الحساب: <input type="checkbox"/> ادخار <input type="checkbox"/> جاري	

.8 التحويل

الاسم:	اللقب:
التوقيع:	هاتف:
	البريد الإلكتروني:

لديك أية استفسارات أو بحاجة إلى المزيد من المعلومات؟

1-855-488-0541

www.otda.ny.gov/programs/ssp