

Program uzupełniający NYS OTDA
Formularz weryfikacji dochodu

Nazwisko świadczeniobiorcy SSP	Imię	Inicjał drugiego imienia	Nr identyfikacyjny
Imię i nazwisko wyznaczonego przedstawiciela (jeśli dotyczy)			

Kto wypełnia formularz?

 Świadczeniobiorca SSP
 Wyznaczony przedstawiciel
 Inna osoba _____

UDZIELIĆ ODPOWIEDZI ZGODNIE Z SYTUACJĄ ŚWIADCZENIOBIORCY SSP. Jeżeli zabraknie miejsca, dołączyć osobną kartkę.

Część 1: Dochód z pracy

Czy ktokolwiek w rodzinie (świadczeniobiorca, jego współmałżonek i/lub jego dzieci) jest obecnie zatrudniony lub wykonuje pracę sezonową?
 Tak – wypełnić tę część.
 Nie – przejść do części 2.

W przypadku osób poniżej 18. roku życia lub osób poniżej 22. roku życia, które są stanu wolnego i uczą się w pełnym wymiarze godzin – podać kwotę dochodu rodziców.

Imię i nazwisko osoby, która jest zatrudniona: _____

Pracodawca nr 1: Imię i nazwisko _____

Rodzaj pracy (zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi):
 pełny wymiar godzin
 niepełny wymiar godzin
 samozatrudnienie
 zatrudnienie dzienne

 sezonowe wynagrodzenie roczne
_____ USD

 wynagrodzenie roczne w zakładzie pracy
chronionej _____ USD
Liczba godzin przepracowanych w tygodniu
_____Wynagrodzenie tygodniowe przed potrąceniami
_____ USD

Data rozpoczęcia pracy _____
Data zakończenia pracy _____ (wpisać nd., jeśli zatrudnienie trwa).

Imię i nazwisko osoby, która jest zatrudniona: _____

Pracodawca nr 2: Imię i nazwisko _____

Rodzaj pracy (zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi):
 pełny wymiar godzin
 niepełny wymiar godzin
 samozatrudnienie
 zatrudnienie dzienne

 sezonowe wynagrodzenie roczne
_____ USD

 wynagrodzenie roczne w zakładzie pracy
chronionej _____ USD
Liczba godzin przepracowanych w tygodniu
_____Wynagrodzenie tygodniowe przed potrąceniami
_____ USD

Data rozpoczęcia pracy _____
Data zakończenia pracy _____ (wpisać nd., jeśli zatrudnienie trwa).

Dołączyć oddzielną kartkę, jeżeli jest więcej pracodawców.

Jeśli świadczeniobiorca jest osobą niewidomą lub niepełnosprawną i ponosi wydatki, aby móc pracować, należy wymienić rodzaj wydatków i miesięczną kwotę:

Część 2: Dochód nie pochodzący z pracy

Czy ktokolwiek w rodzinie (świadczeniobiorca, jego współmałżonek i/lub jego dzieci) osiąga innego rodzaju dochody, **w tym z wynajmu**?

Tak – wypełnić tę część.

Nie – przejść do części 3.

W przypadku osób poniżej 18. roku życia lub osób poniżej 22. roku życia, które są stanu wolnego i uczą się w pełnym wymiarze godzin – podać kwotę dochodu rodziców.

Typy dochodu nie pochodzącego z pracy – w tym między innymi:

- * Zapomoga uzupełniająca (Supplemental Security Income, SSI) z ubezpieczenia społecznego z tytułu niepełnosprawności lub emerytury (kwota otrzymywana co miesiąc plus składka Medicare)
- * Renta rodzinna z ubezpieczenia społecznego
- * Stanowe świadczenia dla osób niepełnosprawnych
- * Świadczenia kombatanckie
- * Przydział wojskowy
- * Emerytura, renta lub dochód z planu 401K
- * Dochody z wynajmu
- * Własna działalność gospodarcza

- * Otrzymywane alimenty na dziecko i współmałżonka
- * Świadczenia z tytułu ubezpieczenia od utraty pracy
- * Renta pracownicza
- * Odsetki, dywidendy, dochód z certyfikatów depozytowych
- * Tantiemy lub dzierżawy (mineralne, pastwiskowe itp.)
- * Pomoc tymczasowa
- * Emerytura lub renta kolejowa
- * Inne (opisać)

Kto otrzymuje dochód?	Relacja	Typ dochodu (z listy powyżej)	Źródło dochodu	Okres otrzymywania dochodu (mm/rr do mm/rr)	Miesięczna kwota

Część 3: Świadczenia w naturze

1. Czy dowolna osoba niewymieniona w części 4 przekazuje świadczeniobiorcy lub jego współmałżonkowi pieniądze, jedzenie lub darmowe mieszkanie bądź pomaga w opłaceniu rachunków?

Tak – wypełnić tę część.

Nie – przejść do części 4.

Rodzaj pomocy	Jak często udzielana jest pomoc	Kwota pomocy

2. Ile wynosi przeciętna łączna miesięczna kwota następujących wydatków gospodarstwa domowego: hipoteka/czynsz, ubezpieczenie nieruchomości, podatki od nieruchomości, paliwo grzewcze, elektryczność, gaz, woda, kanalizacja i wywóz śmieci?

_____ USD

3. Ile wynosi przeciętny całkowity miesięczny wkład pieniężny na pokrycie wydatków gospodarstwa domowego?

_____ USD

Część 4: Informacje o gospodarstwie domowym

Należy wymienić członków rodziny żyjących w gospodarstwie domowym świadczeniobiorcy (w tym współmałżonka, rodziców, dzieci i sponsora, jeśli dotyczy).

Imię i nazwisko (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)	Jaki jest związek tej osoby ze świadczeniobiorcą?	Data urodzenia (miesiąc/dzień/ rok)	Numer ubezpieczenia społecznego	Czy osoba uczęszcza do szkoły (przedszkole – 12. klasa)	Czy osoba uczęszcza na uczelnię?
				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Część 5: Oświadczenie

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są poprawne i prawdziwe.

Podpis wnioskodawcy / świadczeniobiorcy / wyznaczonego przedstawiciela	Data
Podpis współmałżonka	Data

* Wyznaczony przedstawiciel musi być zarejestrowany w programie SSP stanu Nowy Jork, aby podpisać dokument w imieniu świadczeniobiorcy.

Jeżeli wypełniony formularz nie zostanie odesłany w terminie 30 dni od daty doręczenia niniejszego pisma, wysokość świadczeń w ramach programu SSP może ulec zmianie.

W razie pytań lub problemów z wypełnieniem formularza zachęcamy do kontaktu pod bezpłatnym numerem telefonu 1-(855)-488-0541.

Wymagane informacje odesłać:

pocztą na adres: NYS OTDA
State Supplement Program
PO Box 1740
Albany, New York 12201

pocztą elektroniczną na adres: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

LUB faksem pod numer: 518-486-3459