

Biwo pou Asistans Pwovizwa ak Asistans pou Moun ki Andikape NYS

Fòm Rapò Chanjman pou Swen An Gwoup**I. Enstriksyon Jeneral**

Tanpri retounen fòm ranpli a nan:

Pa Imèl:

otda.sm.ssp@otda.ny.gov

Pa Faks:

(518) 486-3459

Adrès Postal:

SSI State Supplement Program

PO Box 1740

Albany, New York 12201

**II. Idantifikasyon Kliyan**

Non:	Nimewo Sekirite Sosyal (kat dènye chif): XXX-XXX-	Dat ou Fèt: / /
Nouvo Adrès Rezidans:		
Nouvo Adrès Postal (si li diferan de Adrès Rezidans ou):		
Non ak Adrès Nouvo Founisè:	Non ak Adrès Ansyen Founisè:	
Konte:	Konte:	
# Founisè/Lisans/Sètifika	# Founisè/Lisans/Sètifika	

III. Nati Plasman, Transfè oswa Lòt Chanjman

Kalite Plasman	Kalite Swen (Aranjman Lavi Eta/Federal)	Dat Efektif (yo) Chanjman
<input type="checkbox"/> Rantre <input type="checkbox"/> Demenaje soti	Nivo 1 Swen an gwoup – Swen Fanmi Kòd A, Kòd Eta C Aranjman Lavi Federal	
<input type="checkbox"/> Rantre <input type="checkbox"/> Demenaje soti	Nivo 2 Swen an gwoup – Swen Rezidansyèl Kòd A, Kòd Eta D Aranjman Lavi Federal	
<input type="checkbox"/> Rantre <input type="checkbox"/> Demenaje soti	Nivo 3 Swen an gwoup – Swen Rezidansyèl Amelyore Kòd A, Kòd Eta E Aranjman Lavi Federal	
<input type="checkbox"/> Rantre <input type="checkbox"/> Demenaje soti	Etablisman Medikal Kòd A/D Kòd Eta Z Aranjman Lavi Federal	
<input type="checkbox"/> Rantre <input type="checkbox"/> Demenaje soti	Kominotè oswa Lòt (tanpri presize, egzanp, moun ki mouri):	

Fòm Rapò Chanjman pou Swen An Gwoup**IV. Gad legal**

Pou timoun ki poko gen laj 18 ane, ki gen gadyen legal?	<input type="checkbox"/> Paran/Gadyen <input type="checkbox"/> Sèvis Sosyal <input type="checkbox"/> Lòt (Bay Presizyon) _____
---	---

V. Chanjman nan Revni ou

Kalite Revni: (egzanp. Sekirite Sosyal pou Andikape, Retrèt Sekirite Sosyal, Pansyon, Sale)	Kantite Lajan:	Dat Revni an Chanje:

VI. Resous

Total resous kontab egal: \$ _____ efektif _____
--

VII. Otorizasyon pou Depo Dirèk

<input type="checkbox"/> Kòm benefisyè* pou rezidan sa a, mwen mande ke yo depoze benefis SSP l sou kont labank ki liste anba la. _____ (Siyati Benefisyè) *Ou dwe reprezantan Benefisyè a ke SSA apwouve oswa Reprezantan Deziyen (DR) Benefisyè a ke SSP apwouve. Pou w aplike pou ka vini DR Benefisyè a tanpri rele 1-855-488-0541	<input type="checkbox"/> Mwen mande ke yo depoze benefis SSP m sou kont labank ki liste anba la. _____ (Siyati Rezidan)
Non ak Adrès Bank _____	
Non ki sou Kont lan: _____	
Nimewo Kontwòl _____	
Nimewo Kont _____	
Kalite Kont <input type="checkbox"/> Chèk <input type="checkbox"/> Epay	

VIII. Otorizasyon

Non:	Tit:
Siyati:	Telefòn:
Dat:	Imèl:

Si w kesyon oswa si ou bezwen plis enfòmasyon?

1-855-488-0541

www.otda.ny.gov/programs/ssp