

Форма об изменении стационарного учреждения по уходу**I. Как отправлять документы**

Верните заполненную форму:

По эл. почте: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

По факсу: (518) 486-3459

Почт. адрес: SSI State Supplement Program

PO Box 1740

Albany, New York 12201

**II. Информация о клиенте**

Имя и фамилия:	Номер SSN (последние 4 цифры): XXX-XXX-	Дата рождения: / /
Новый адрес проживания:		
Новый адрес для переписки (если не совпадает с адресом проживания): _____		
Название и адрес нового поставщика услуг:	Название и адрес старого поставщика услуг:	
Округ:	Округ:	
№ сертификата/лицензии/поставщика услуг	№ сертификата/лицензии/поставщика услуг	

III. Род размещения, перевода или другого изменения

Тип размещения	Вид ухода (жилищная ситуации на уровне страны/штата)	Дата (даты) вступления в силу изменения
<input type="checkbox"/> Въехал(а) в <input type="checkbox"/> Выехал(а) из	Коллективное стационарное учреждение по уходу Уровня 1 — Семейный уход Код А жилищной ситуации (федеральный), код С (штата)	
<input type="checkbox"/> Въехал(а) в <input type="checkbox"/> Выехал(а) из	Коллективное стационарное учреждение по уходу Уровня 2 — Местный уход Код А жилищной ситуации (федеральный), код D (штата)	
<input type="checkbox"/> Въехал(а) в <input type="checkbox"/> Выехал(а) из	Коллективное стационарное учреждение по уходу Уровня 3 — Усиленный местный уход Код А жилищной ситуации (федеральный), код E (штата)	
<input type="checkbox"/> Въехал(а) в <input type="checkbox"/> Выехал(а) из	Учреждение с медицинским уходом Код A/D жилищной ситуации (федеральный), код Z (штата)	
<input type="checkbox"/> Въехал(а) в <input type="checkbox"/> Выехал(а) из	Общественный или прочее (укажите, что, напр. смерть):	

Форма об изменении стационарного учреждения по уходу**IV. Опекунство**

Для детей младше 18 лет, кто является законным опекуном?	<input type="checkbox"/> Родитель/опекун	<input type="checkbox"/> Социальные службы
	<input type="checkbox"/> Прочее (уточните) _____	

V. Изменения доходов

Вид дохода: (социальное пенсионное обеспечение, пособие социального обеспечения по нетрудоспособности, пенсия, заработная плата)	Сумма:	Дата изменения доходов:

VI. Материальные средства

Всего исчисляемых материальных средств: \$ _____ начиная от _____

VII. Разрешение на прямой депозит:

<input type="checkbox"/> Являясь уполномоченным к получению выплат* этого резидента, прошу депонировать его/ее пособие SSP на нижеуказанный банковский счет. _____ (Подпись уполномоченного) *Лицо, уполномоченное к получению выплат Администрацией SSA, либо назначенный представитель (DR), одобренный SSP. Подать заявку на получение статуса назначенного представителя (DR) можно по телефону 1-855-488-0541.	<input type="checkbox"/> Прошу депонировать мое пособие SSP на нижеуказанный банковский счет. _____ (Подпись резидента)
Название банка и адрес _____	
Счет принадлежит: _____	
Код банка _____	
Номер счета _____	
Тип счета <input type="checkbox"/> Чековый <input type="checkbox"/> Сберегательный	

VIII. Разрешение

Имя и фамилия:	Форма обращения:
Подпись:	Телефон:
Дата:	По электронной почте:

Есть вопросы или нужна более подробная информация?

1-855-488-0541

www.otda.ny.gov/programs/ssp