

البرنامج التكميلي لولاية نيويورك
نموذج ترتيبات الإقامة

الاسم _____ PID: _____

عنوان السكن: _____
(شارع أو ص.ب.) (المدينة) (الولاية) (الرمز البريدي)

قم بتقديم عنوان البريد الحالي إذا كان مختلفاً عن محل الإقامة
(شارع أو ص.ب.) (المدينة) (الولاية) (الرمز البريدي)

يُرجى إخبارنا بتاريخ بدء ترتيبات إقامتك: (شهر/سنة)

باستخدام التعريفات أدناه، يرجى وضع علامة على المربع الذي يمثل أفضل وصف لترتيبات إقامتك.

الإقامة منفرداً - تنطبق عليك هذه الفئة إذا انطبقت عليك أحد الشروط التالية:

- تقييم لوحدهك فعلياً أو مع زوج يتلقى معونة الضمان التكميلي (SSI)؛
- تقييم مع طفل بالتبني المؤقت أو أطفال بالتبني المؤقت؛
- تقييم فقط مع مدبرة منزلية معتمدة من قبل مكتب دائرة الخدمات الاجتماعية للمقاطعة أو مساعد/مساعدة مدفوع التكلفة من قبل برنامج مديكي؛
- تقييم مع آخرين ولكن تسدد "رسمياً ثابتاً للغرفة والوجبات" أو تتلقى "رسمياً ثابتاً للغرفة والوجبات" من كل الآخرين في المنزل.
- تقييم مع آخرين ولكنك تتناول أغلبية وجباتك خلال الشهر خارج المنزل؛
- تقييم مع آخرين ولكنك تحضر، أو تكلف شخصاً آخر بتحضير، أغلبية وجباتك بشكل منفصل خلال الشهر؛
- ليس لديك ترتيبات إقامة دائمة وليس لديك زوج أو طفل معك تكون مسؤولاً عنه.

الإقامة مع آخرين - تنطبق عليك هذه الفئة إذا انطبقت عليك أحد الشروط التالية:

- تقييم مع زوج لا يتلقى معونة الضمان التكميلي (SSI)؛
- تقييم مع آخرين وتحضر طعامك بالمشاركة مع شخص واحد آخر على الأقل يقيم معك؛
- تقييم في مكان ديني؛
- أنت أقل من 18 عاماً في السن وتقيم في أي ترتيبات إقامة غير الرعاية الجماعية مستوى 1 أو 2؛
- ليس لديك ترتيبات إقامة دائمة ولديك زوج أو طفل غير مؤهل تكون مسؤولاً عنه.

الرعاية الجماعية - إذا كنت تقيم حالياً في الرعاية الجماعية (مستوى 1 أو 2 أو 3) أو في مؤسسة رعاية طبية طويلة الشهر، يرجى أن تطلب من شخص من المؤسسة أن يقدم النموذج الخاص بتغيير الرعاية الجماعية (LDSS-5023) إلى مكتب SSP. كافة نماذج SSP متوفرة من على www.otda.ny.gov/programs/ssp. يرجى الاتصال على الرقم المجاني 1-855-488-0541 إذا كان لديك أي سؤال.

أنا/نحن أدرك أن أي شخص يقوم عن دراية بالكذب أو تدليس الحقيقة يكون قد ارتكب جريمة ويمكن معاقبته حسب القانون الفدرالي أو قانون الولاية أو الإقليم معاً. كل ما هو موجود في هذا البيان صحيح حسب معرفتي/معرفتنا.

توقيع مقدم الطلب/المتلقي/الممثل	التاريخ	توقيع الزوج
X		X

يجب إعادة النموذج المكمل إلى NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201 أو عبر البريد

الإلكتروني otda.sm.ssp@otda.ny.gov أو من خلال الفاكس إلى: 518-486-3459