

Modulo sull'organizzazione di vita

Nome _____ PID _____

Indirizzo di residenza _____
(Via/Piazza o Casella postale) (Città) (Stato) (Codice postale)Indirizzo postale, se diverso dall'indirizzo di residenza _____
(Via/Piazza o Casella postale) (Città) (Stato) (Codice postale)

Indicare la data in cui è iniziata l'attuale organizzazione di vita: (Mese/Anno) _____

Utilizzando le definizioni riportate di seguito, selezionare la casella che rappresenta più da vicino l'attuale organizzazione di vita.

- Vivo da solo/a** – Rientra in questa categoria chi corrisponde a una delle seguenti condizioni:
- chi vive fisicamente da solo o con un coniuge che riceve SSI;
 - chi vive solo con un bambino o bambini in affidamento;
 - chi vive solo con un collaboratore domestico autorizzato dall'ufficio del distretto dei Servizi sociali o una persona d'assistenza pagata nell'ambito del programma di Assistenza medica (Medicaid);
 - chi vive con altri ma paga una "tariffa forfettaria per vitto e alloggio" oppure riceve una "tariffa forfettaria per vitto e alloggio" da tutti gli altri presenti nella residenza;
 - chi vive con altri ma consuma la maggior parte dei pasti durante il mese al di fuori della propria residenza;
 - chi vive con altri, ma prepara separatamente, o qualcuno prepara separatamente per lui/lei, la maggior parte dei pasti durante il mese;
 - chi non ha un'organizzazione di vita permanente e non ha un coniuge o un figlio con sé di cui è responsabile.
- Convivo con altri** – Rientra in questa categoria chi corrisponde a una delle seguenti condizioni:
- chi vive con il coniuge che **non** riceve SSI;
 - chi vive con altri e prepara i cibi in comune con almeno un'altra persona convivente;
 - chi vive in una comunità religiosa;
 - chi non ha compiuto 18 anni in qualsiasi organizzazione di vita diversa da una Casa famiglia di livello 1 o 2;
 - chi non ha un'organizzazione di vita permanente e convive con un coniuge o un figlio non ammissibili di cui è responsabile.
- Casa famiglia: chi attualmente risiede in una Casa famiglia (livello 1, 2 o 3) OPPURE in una struttura sanitaria per tutto il mese, è pregato di chiedere a un operatore della struttura di presentare il Modulo di variazione casa famiglia (LDSS-5023) all'Ufficio SSP. Tutti i moduli SSP sono disponibili alla pagina www.otda.ny.gov/programs/ssp. Per chiarimenti, si invita a telefonare al nostro numero verde 1-855-488-0541.**

Io ho compreso/Noi abbiamo compreso che chiunque consapevolmente menta o travisi la verità commette un reato e può essere punito ai sensi della legge federale, della legge statale o di entrambe. Ogni elemento di questa dichiarazione è vero per quanto a mia/nostra conoscenza.

Firma del richiedente/beneficiario/rappresentante	Data	Firma del coniuge
X		X

Il modulo compilato deve essere restituito all'indirizzo NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201, oppure inviato per e-mail all'indirizzo otda.sm.ssp@otda.ny.gov o via fax al numero: 518-486-3459.