

# 거주 조정 양식

성명 \_\_\_\_\_ PID \_\_\_\_\_

주거지 주소 \_\_\_\_\_  
 (번지 또는 사서함) (시) (주) (우편번호)

주거지 주소와 다른 경우 우편주소 \_\_\_\_\_  
 (번지 또는 사서함) (시) (주) (우편번호)

귀하의 현재 거주 조정이 시작된 날짜를 말씀해 주십시오: (월/년) \_\_\_\_\_

아래 정의를 이용하여 귀하의 현재 거주 조정을 가장 잘 반영하는 난에 체크해 주십시오.

- 독거** - 다음 조건 중 하나를 충족하면 이 범주에 해당됩니다:
- 귀하는 물리적으로 혼자 살거나 또는 SSI를 받는 배우자와 함께 살고 있습니다;
  - 귀하는 양자(들)과만 살고 있습니다;
  - 귀하는 사회복지 지구실이 승인한 홈메이커 또는 의료지원(Medicaid) 프로그램에 의거 급여가 지불되는 보조원과만 살고 있습니다;
  - 귀하는 타인들과 함께 살고 있습니다만 "숙식을 위한 정액"을 지불하거나 숙소 내의 모든 다른 사람들로 부터 "숙식비를 위한 정액"을 받습니다;
  - 귀하는 타인들과 함께 살고 있습니다만 한 달 동안의 식사 대부분을 숙소 바깥에서 취합니다;
  - 귀하는 타인들과 함께 살고 있습니다만 한 달 동안의 식사 대부분을 귀하가 별도로 준비하거나 누군가로 하여금 별도로 준비하게 합니다;
  - 귀하는 영구적인 주거 조정을 갖고 있지 않지만 귀하가 책임지는 배우자나 자녀도 없습니다.

- 타인과 동거** - 다음 조건 중 하나를 충족하면 이 범주에 해당됩니다:
- 귀하는 SSI를 받지 않는 배우자와 함께 살고 있습니다;
  - 귀하는 타인들과 함께 살며 귀하가 동거하는 적어도 한 명의 타인과 공동으로 음식을 조리합니다;
  - 귀하는 종교 공동체에서 살고 있습니다;
  - 귀하는 집단 케어 레벨1 또는 2 이외의 주거 조정에 있는 18세 미만입니다;
  - 귀하는 영구적인 주거 조정을 갖고 있지 않으며 귀하가 책임지는 무자격 배우자 또는 자녀와 함께 있습니다.

- 집단 케어** - 귀하가 현재 한 달 내내 집단 케어(레벨 1, 2, 또는 3)에 또는 의료 시설에 거주하고 있는 경우에는 시설 직원으로 하여금 집단 케어 변경 양식(LDSS-5023)을 SSP국에 제출하게 하십시오. 모든 SSP 양식은 [www.otda.ny.gov/programs/ssp](http://www.otda.ny.gov/programs/ssp)에서 입수할 수 있습니다. 질문이 있으면 무료 전화 1-855-488-0541로 문의해주십시오.

본인/우리는 진실을 알면서 거짓말하거나 허위 표현하는 자는 범죄를 저지르고 있으며 연방 법률, 주 법률 또는 둘 모두에 의거 처벌될 수 있음을 잘 알고 있습니다. 이 진술서의 모든 내용은 본인/우리가 아는 한 진실입니다.

신청자/수령자/대리인 서명	일자	배우자 서명
X		X

작성된 양식은 NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201로 우송하거나 이메일을 통해 [otda.sm.ssp@otda.ny.gov](mailto:otda.sm.ssp@otda.ny.gov)로 또는 다음 번호의 팩스로 제출해야 합니다: 518-486-3459.