

Бланк сведений о жилищной ситуации

Имя, фамилия _____

PID _____

Адрес проживания _____
(улица или № почт. ящика) (город) (штат) (почтовый индекс)Адрес для переписки если не совпадает с адресом проживания _____
(улица или № почт. ящика) (город) (штат) (почтовый индекс)**Пожалуйста, укажите дату начала вашей текущей жилищной ситуации: (месяц/год) _____****В соответствии с приведенными ниже определениями, просьба отметить клетку, которая больше всего подходит к вашей жилищной ситуации в настоящее время.**

- Самостоятельное проживание** – вы в этой категории если вы отвечаете одному из нижеследующих условий:
- Вы живете отдельно либо с супругом (-ой), получающим (-ей) пособие SSI;
 - Кроме приемного ребенка или приемных детей с вами больше никто не проживает;
 - Кроме лица, оказывающего помощь по хозяйству с разрешения отдела социальных служб либо сиделки, услуги которой оплачиваются в рамках программы Медикэйд, с вами больше никто не проживает;
 - Вы живете с другими лицами, но платите "общую плату за проживание и питание" либо получаете "общую плату за проживание и питание" от всех лиц, живущих в доме;
 - Вы живете с другими лицами, но в течение месяца питаетесь в основном вне места проживания;
 - Вы живете с другими лицами, но в течение месяца в основном вы готовите пищу отдельно, либо ее кто-то готовит для вас;
 - Вы не имеете постоянного места проживания и у вас нет супруга (-и) или ребенка, о которой (-ой) вы заботитесь.
- Проживание с другими лицами** – вы в этой категории если вы отвечаете одному из нижеследующих условий:
- Вы живете с супругом (супругой), который (которая) **не** получает пособие SSI;
 - Вы живете с другими лицами и совместно готовите пищу хотя бы с одним из них;
 - Вы живете в религиозном обществе;
 - Вам еще не исполнилось 18 лет и вы не проживаете в Коллективном стационарном учреждении по уходу Уровня 1 или Уровня 2 (Congregate Care Level 1/2);
 - Вы не имеете постоянного места проживания и у вас есть супруг (-а) или ребенок, не имеющий права на получение помощи, о которых вы заботитесь.
- Стационарное учреждение** – если на текущий момент в течение всего месяца вы проживаете в коллективном стационарном учреждении по уходу (Уровень 1, 2 или 3) ЛИБО в учреждении с медицинским уходом, пожалуйста, попросите, чтобы один из сотрудников учреждения предоставил в бюро SSP форму об изменениях для проживающих в коллективном стационарном учреждении по уходу (Congregate Care Change Form – LDSS-5023). Все формы SSP можно найти на сайте www.otda.ny.gov/programs/ssp. С вопросами звоните по бесплатному телефону 1-855-488-0541.

Я/мы понимаем, что человек, который осознанно предоставляет ложные сведения либо искажает правду, совершает преступление и может быть привлечен к ответственности в соответствии с федеральными законами, законами штата, либо и теми и другими. Вся информация, содержащаяся в данном заявлении, является правдой настолько, насколько это мне/нам известно.

Подпись заявителя/получателя/представителя X	Дата	Подпись супруга (супруги): X
---	------	---------------------------------

Заполненную форму нужно отправить по адресу NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201, либо с помощью электронной почты на адрес otda.sm.ssp@otda.ny.gov, либо по факсу номер 518-486-3459.