

소득 증명서

SSP 수혜자 성	이름	중간이름 이니셜	ID 번호
대리인 이름(적용 시)			

본 양식은 누가 작성했습니까?

SSP 수혜자 대리인 기타_____

SSP 수혜자에게 적용되는 질문이므로 모든 질문에 답변하십시오. 공간이 더 필요할 경우에는 다른 용지에 기재하여 첨부하십시오.

섹션 1: 근로소득

가족 중 어느 누가(본인, 배우자 및/또는 자녀) 현재 정규직이나 임시직으로 직장에 다니고 있습니까?

그렇다면 이 섹션을 작성하십시오. 그렇지 않으면 섹션 2로 가십시오.

18세 미만이거나 22세 미만 또는 미혼이고 학생이면 부모 소득을 기재하십시오.

재직자 이름:_____

고용주#1: 성명_____

고용 형태(해당 사항 모두 표시): 정규직 임시직 자영업 일당직

연간 급여\$_____ 쉼터 워크샵 연간 급여 \$_____

일주일에 일한 시간 _____ 공제 전 주급 \$_____

근무 시작일 _____ 근무 종료일 _____ (재직 중인 경우 N/A 입력).

재직자 이름:_____

고용주#2: 성명_____

고용 형태(해당 사항 모두 표시): 정규직 임시직 자영업 일당직

연간 급여\$_____ 쉼터 워크샵 연간 급여 \$_____

일주일에 일한 시간 _____ 공제 전 주급 \$_____

근무 시작일 _____ 근무 종료일 _____ (재직 중인 경우 N/A 입력).

고용주가 추가로 있는 경우 별도 용지에 따로 작성하여 첨부하십시오.

본인이 앞을 못 보거나 장애인이고 일을 할 수 있도록 급여를 받는다면 해당 지출 및 월급 유형을 기재하십시오:

섹션 2: 불로 소득

가족 중 어느 누가(본인, 배우자 및/또는 자녀) 임대 소득 등 기타 소득을 받고 있습니까?

그렇다면 이 섹션을 작성하십시오. 그렇지 않으면 섹션 3으로 가십시오.

18세 미만이거나 22세 미만 또는 미혼이고 학생이면 부모 소득을 기재하십시오.

불로 소득 유형 - 다음과 같습니다:

<ul style="list-style-type: none"> * 생활 보조금(SSI) 사회 보장 장애 또는 퇴직금(매달 수령 금액 및 Medicare 보험료) * 사회보장 생존자 수당 * 주정부 지원 질병 보조금 * 재향군인 지원금 * 군복무 급여 * 연금, 퇴직금, 401K소득 * 임대 수입 * 자영업 소득 	<ul style="list-style-type: none"> * 자녀 양육비 및 이혼수당 * 실업 보험 * 근로자 수당 * 이자, 배당액 또는 CD수입 * 로열티 또는 임대료(미네랄, 방목 등) * 임시 보조금 * 철도 퇴직연금 * 기타(아래에 기재할 것)
--	--

이 소득의 수혜자는 누구입니까?	관계	소득 형태 (위의 목록에서 선택)	소득 원	소득 수령일 (mm/yy - mm/yy)	월 수령액

섹션 3: 현물 지급 수입

1. 섹션 4에 기재된 사람 중 어느 누가 본인과 배우자에게 현금, 식품 또는 거주 공간을 제공하거나 청구서를 대신 결제해줍니까?

그렇다면 이 섹션을 작성하십시오. 그렇지 않으면 섹션 4로 가십시오.

지원 형태	지원을 받는 횟수	지원 금액

2. 다음 가구 지출 중 매달 평균 총 가계 지출액은 얼마나 됩니까: 담보 대출/임대, 손해보험, 재산세, 난방비, 전기세, 연료비, 상/하수도세, 쓰레기 수거비?

\$ _____

3. 가구 지출 대비 매달 평균 총 현금 부담액은 얼마나 됩니까?

\$ _____

섹션 4: 가구 정보

함께 거주하는 가족 구성원 이름들을 모두 기재하십시오(배우자, 부모, 자녀, 후원자 등).

이름 이름, 중간 이름, 성	이 사람과 귀하와의 관계는?	생년월일 (월/일/년)	사회보장번호 (SSN)	이 사람은 K- 12학년에 재학 중입니까?	이 사람은 대학생입니까?
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

섹션 5: 인증서

본인은 여기에 제공된 정보가 정확하고 사실임을 증명합니다.

신청자/수혜자/대리인 서명	일자
배우자 서명	일자

*대리인이 수혜자 대신 서명하려면 뉴욕 SSP에 제출할 때 증빙 자료를 첨부해야 합니다.

본 통지일로부터 30일 이내에 서명하여 완성된 양식을 제출하지 않을 경우 SSP 수당 지급에 차질이 있을 수 있습니다.

본 양식을 작성하는 데 도움이 필요하거나 궁금한 사항이 있으면 발신자 무료 전화 1-(855)-488-0541로 연락해 주십시오.

작성하신 정보는 다음 경로로 제출해 주시면 됩니다:

우편주소: NYS OTDA
State Supplement Program
PO Box 1740
Albany, New York 12201

이메일: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

팩스: 518-486-3459