

## 收入核實表格

SSP領取人姓氏	名	中間名首字母縮寫	人員ID
指定代理人姓名(如適用)			

填寫表格人是誰？

 SSP 領取人 指定代理人 其他

回答以下所有適用於SSP領取人的問題。如果空間不夠，請另加附紙頁。

**第1欄：工作收入**

您加任何人（您本人、配偶和／或子女）目前是否工作或季節性受雇

 是，填寫本部分。 否，繼續從第2部分填寫。

如不滿18歲，或不滿22歲，未婚，並為全時學生，填入父母收入。

工作人士姓名: \_\_\_\_\_

雇主#1:名稱 \_\_\_\_\_

工作類型(請勾選所有適用項):  全日制  兼職  自雇  按日 季節工每年工資\$ \_\_\_\_\_  居留工廠每年工資\$ \_\_\_\_\_

每週工作時數 \_\_\_\_\_ 每週減扣前工資\$ \_\_\_\_\_

開始工作日 \_\_\_\_\_ 結束工作日 \_\_\_\_\_ (如仍在工作，填N/A)。

工作人士姓名: \_\_\_\_\_

雇主#2: \_\_\_\_\_ 名稱

工作類型(請勾選所有適用項):  全日制  兼職  自雇  按日 季節工每年工資\$ \_\_\_\_\_  居留工廠每年工資\$ \_\_\_\_\_

每週工作時數 \_\_\_\_\_ 每週減扣前工資\$ \_\_\_\_\_

開始工作日 \_\_\_\_\_ 結束工作日 \_\_\_\_\_ (如仍在工作，填N/A)。

如果還有更多家主，請另加附紙頁。

如果您失明或殘障或有與工作有關的花費，請列出花費類別及每月金額:

\_\_\_\_\_

**部份2:非工作收入**

您家任何人（您本人、配偶和／或子女）是否有其他收入，包括出租收入？

是，請填寫本欄。

否，從第3部份填寫

如不滿18歲，或不滿22歲，未婚，並為全時學生，填入父母收入。

**非工作收入—包括，但不僅限於：**

- \* 社會安全輔助收入 (SSI) 社會安全殘障或退休金 (每月收到金額加上醫療照顧保費)
- \* 社會安全遺屬福利
- \* 州殘障福利：
- \* 退伍軍人福利
- \* 軍人津貼
- \* 養老金, 退休金或401K收入
- \* 租金收入
- \* 自雇收入

- \* 兒童撫養費及贍養費收得款
- \* 失業保險
- \* 工傷保險福利
- \* 利息, 紅利或 CD 收入
- \* 使用特許權或租賃 (礦場, 牧場, 等)
- \* 臨時援助
- \* 鐵路退休金或殘障福利
- \* 其它(請于下方說明)

收款人？	與您關係	收入類型 (根據上述列單)	收入來源	收到日期 (從月月/年年至月月/年年)	每月收到金額

**第3欄：實物收入**

1. 是否有列於第 4 欄的任何人士向您或您的配偶贈送錢財、食物、住房或幫助您支付帳單？

是，請填寫本欄。

否，從第4部份填寫。

幫助類型	多久得到一次幫助？	幫助總額

2. 每月下列家庭開支平均總額是: 房貸/租金，地產保險，地產稅，取暖燃料，電，天然氣，水，排汙, 以及垃圾清理費？

\$ \_\_\_\_\_

3. 您支付的每月家庭開支現金額是多少？

\$ \_\_\_\_\_

**第4欄：家庭成員資訊**

列舉同住家庭成員（包括配偶，父母，孩子及其配偶，如適用）。

姓名 名，中間名縮寫，姓	此人與您是什麼 關係？	生日 (月/天/年)	社會安全號	此人是否在校 就讀，K-12?	此人是否就讀大 學？
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

**第5欄：認證**

我發誓於此提供的資訊均為準確而真實。

申請人／令用人／指定代理人簽名	日期
配偶簽名	日期

\*指定代理人必須為紐約州 SSP 記錄在案，才可替領取人簽名。

收到本函30日內如果未寄還應填寫完整的表格，您的SSP福利可能會受影響。

如果需要協助填寫表格，請撥打1-(855)-488-0541與我們聯繫。

請將所要求的資訊寄至：

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

電子郵件：[otda.sm.ssp@otda.ny.gov](mailto:otda.sm.ssp@otda.ny.gov)

或傳真至： 518-486-3459