

NYS টেম্পোরারি এবং ডিজ্যাভিলিটি অ্যাসিস্টেন্স অফিস
সমবেত কেয়ার পরিবর্তনের রিপোর্ট ফর্ম

I. ফেরতের নির্দেশনা

অনুগ্রহ করে পূরণ করা ফর্মটি ফেরত দিন: ইমেইল করে: otda.sm.ssp@otda.ny.gov
ফ্যাক্স করে: (518) 486-3459
ডাক ঠিকানা: SSI State Supplement Program
PO Box 1740
Albany, New York 12201

**II. ক্লায়েন্টের পরিচয়**

নাম:	সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (শেষ চার): XXX-XXX-	জন্ম তারিখ: / /
নতুন বাসার ঠিকানা:		
নতুন চিঠি পাঠানোর ঠিকানা (যদি বাসার ঠিকানা থেকে ভিন্ন হয়):		
নতুন সেবাদানকারী নাম ও ঠিকানা:	সাবেক সেবাদানকারী নাম ও ঠিকানা:	
কাউন্টি:	কাউন্টি:	
সনদ/লাইসেন্স/সেবাদানকারী #	সনদ/লাইসেন্স/সেবাদানকারী #	

III. প্লেসমেন্ট, ট্রান্সফার বা অন্য পরিবর্তনের ধরন

প্লেসমেন্টের ধরন	কেয়ারের ধরন (ফেডারেল/স্টেট বসবাসের ব্যবস্থা)	পরিবর্তন কার্যকরের তারিখ(সমূহ)
<input type="checkbox"/> থাকা শুরু করা <input type="checkbox"/> বের হয়ে যাওয়া	সমবেত কেয়ার পর্যায় 1 - ফ্যামিলি কেয়ার ফেডারেল বসবাসের ব্যবস্থা কোড A, স্টেট কোড C	
<input type="checkbox"/> থাকা শুরু করা <input type="checkbox"/> বের হয়ে যাওয়া	সমবেত কেয়ার পর্যায় 2 - আবাসিক কেয়ার ফেডারেল বসবাসের ব্যবস্থা কোড A, স্টেট কোড D	
<input type="checkbox"/> থাকা শুরু করা <input type="checkbox"/> বের হয়ে যাওয়া	সমবেত কেয়ার পর্যায় 3 - উন্নত আবাসিক কেয়ার ফেডারেল বসবাসের ব্যবস্থা কোড A, স্টেট কোড E	
<input type="checkbox"/> থাকা শুরু করা <input type="checkbox"/> বের হয়ে যাওয়া	মেডিকেল ফ্যাসিলিটি ফেডারেল বসবাসের ব্যবস্থা কোড A/D, স্টেট কোড Z	
<input type="checkbox"/> থাকা শুরু করা <input type="checkbox"/> বের হয়ে যাওয়া	কমিউনিটি বা অন্য (অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করুন, যেমন মৃত)	

সমবেত কেয়ার পরিবর্তনের রিপোর্ট ফর্ম

IV. কাস্টাডি

18 এর কম বয়সী সন্তানদের জন্য, আইনি কাস্টাডি কার কাছে?	<input type="checkbox"/> পিতামাতা/অভিভাবক	<input type="checkbox"/> সোশ্যাল সার্ভিস
	<input type="checkbox"/> অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন)	_____

V. আয়ের পরিবর্তন

আয়ের ধরন:(উদাহরণস্বরূপ, সোশ্যাল সিকিউরিটি অবসর, সোশ্যাল সিকিউরিটি ডিজ্যাবিলিটি, পেনশন, বেতন)	পরিমাণ:	আয় পরিবর্তনের তারিখ:

VI. সংস্থান

মোট গণনাযোগ্য সংস্থান সমান: মার্কিন ডলার _____ কার্যকর _____
--

VII. ডিরেক্ট ডিপোজিটের অনুমোদন

<input type="checkbox"/> এই বাসিন্দার অর্থ গ্রহীতা* হিসেবে, আমি অনুরোধ করছি যাতে তার SSP ভাতা নিচে উল্লিখিত ব্যাংক অ্যাকাউন্টে ডিপোজিট করা হয়: _____ (অর্থ গ্রহীতার স্বাক্ষর) * অবশ্যই SSA অনুমোদিত প্রতিনিধি অর্থ গ্রহীতা বা SSP অনুমোদিত মনোনীত প্রতিনিধি (Designated Representative, DR) অর্থ গ্রহীতা হতে হবে। DR অর্থ গ্রহীতা হতে আবেদন করার জন্য অনুগ্রহ করে 1-855-488-0541 নম্বরে ফোন করুন	<input type="checkbox"/> আমি অনুরোধ করছি যাতে আমার SSP ভাতা নিচে উল্লিখিত ব্যাংক অ্যাকাউন্টে ডিপোজিট করা হয়: _____ (বাসিন্দার স্বাক্ষর)
ব্যাংকের নাম ও ঠিকানা _____ কাউন্টের নাম: _____ রাউটিং নম্বর _____ অ্যাকাউন্ট নম্বর _____ অ্যাকাউন্টের ধরন <input type="checkbox"/> চেকিং <input type="checkbox"/> সেভিংস	

VIII. অনুমোদন

নাম:	টাইটেল:
স্বাক্ষর:	তারিখ:
	টেলিফোন:
	ইমেইল:

কোনও প্রশ্ন আছে বা আরো তথ্য আছে?

1-855-488-0541

www.otda.ny.gov/programs/ssp