

Modulo di segnalazioni variazione casa famiglia

I. Istruzioni per la restituzione

Restituire questo modulo compilato ai seguenti recapiti: per e-mail: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

per fax: (518) 486-3459
 indirizzo postale: SSI State Supplement Program
 PO Box 1740
 Albany, New York 12201



II. Identificazione dell'assistito

Nome:	Numero di sicurezza sociale (ultime quattro cifre): XXX-XXX-	Data di nascita: / /
Nuovo indirizzo di residenza:		
Nuovo indirizzo postale (se diverso dall'indirizzo di residenza):		
Nome e indirizzo del fornitore:	Nome e indirizzo dell'ex fornitore:	
Contea:	Contea:	
N. certificato/licenza/fornitore	N. certificato/licenza/fornitore	

III. Natura della sistemazione, del trasferimento o di altro cambiamento

Tipo di sistemazione	Tipo di cure(Sistemazione di soggiorno federale/statale)	Data/e di decorrenza del cambiamento
<input type="checkbox"/> trasferimento a <input type="checkbox"/> trasferimento da	Casa famiglia Livello 1 - Cure familiari Sistemazione di soggiorno Federale Codice A, Statale Codice C	
<input type="checkbox"/> trasferimento a <input type="checkbox"/> trasferimento da	Casa famiglia Livello 2 - Cure residenziali Sistemazione di soggiorno Federale Codice A, Statale Codice D	
<input type="checkbox"/> trasferimento a <input type="checkbox"/> trasferimento da	Casa famiglia Livello 3 - Cure residenziali rafforzate Sistemazione di soggiorno Federale Codice A, Statale Codice E	
<input type="checkbox"/> trasferimento a <input type="checkbox"/> trasferimento da	Struttura medica Sistemazione di soggiorno Federale Codice A/D, Statale Codice Z	
<input type="checkbox"/> trasferimento a <input type="checkbox"/> trasferimento da	Comunità o altro(specificare, ad esempio deceduto):	

Modulo di segnalazioni variazione casa famiglia**IV. Affidamento**

Per i minori di 18 anni, chi ha l'affidamento legale?	<input type="checkbox"/> Genitore/Tutore <input type="checkbox"/> Servizi sociali <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____
---	---

V. Variazioni di reddito

Tipo di reddito: (ad es. pensione sicurezza sociale, invalidità sicurezza sociale, pensione, salari)	Importo:	Data della variazione di reddito:

VI. Risorse

Totale risorse conteggiabili pari a: \$ _____ con decorrenza _____
--

VII. Autorizzazione all'accredito diretto

<input type="checkbox"/> In qualità di beneficiario* relativo a questo residente, chiedo che le sue prestazioni SSP siano accreditate sul conto in banca indicato di seguito. _____ (Firma del beneficiario) *Deve essere il Rappresentante beneficiario approvato da SSA o il Rappresentante designato (DR) approvato da SSP. Per presentare la domanda per divenire Beneficiario DR, si prega di telefonare al numero 1-855-488-0541	<input type="checkbox"/> Chiedo che le mie prestazioni SSP siano accreditate sul conto in banca indicato di seguito. _____ (Firma del residente)
Nome e indirizzo della banca _____	
Intestatario del conto: _____	
Codice routing _____	
Numero conto _____	
Tipo di conto <input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Deposito	

VIII. Autorizzazione

Nome:	Titolo:		
Firma:	Data:	Telefono:	
		E-mail:	

Per chiarimenti o ulteriori informazioni?

1-855-488-0541

www.otda.ny.gov/programs/ssp