

ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסאביליטי הילף

קאנגרעגעיט קעיר ענדערונג באריכט בויגן

I. צוריקער אנווייזונגען

ביטע שיקט צוריק דעם אויסגעפולטן בויגן צו:

דורך אימעיל:

otda.sm.ssp@otda.ny.gov

דורך פאקס:

(518) 486-3459

פאסט אדרעס:

SSI State Supplement Program

PO Box 1740

Albany, New York 12201



II. קליענט אידענטיפיקאציע

נאמען:	סאושעל סעקיוריטי נומער (לעצטע פיר):	געבורט דאטום:
	XXX-XXX-	/ /
נייע וואוינונג אדרעס:		
נייע פאסט אדרעס (אויב אנדערש ווי וואוינונג אדרעס):		
נייע פראוויידער נאמען און אדרעס:	געוועזענע פראוויידער נאמען און אדרעס:	
קאָנטי:	קאָנטי:	
סערטיפיקאט/לייסענס/פראוויידער נומער	סערטיפיקאט/לייסענס/פראוויידער נומער	

III. נאטור פון פלאצירונג, אריבערפירונג אדער אנדערע ענדערונג

אפעקטיווע דאטום (ס) פון ענדערונג	סארט קעיר (פעדעראלע/סטעיט וואוינונג איינארדענונגען)	סארט פלאצירונג
	קאנגרעגעיט קעיר שטאפל 1 - פאמיליע קעיר פעדעראלע וואוינונג איינארדענונגען קאוד A, סטעיט קאוד C	<input type="checkbox"/> מופט אריין <input type="checkbox"/> האט ארויסגעמופט פון
	קאנגרעגעיט קעיר שטאפל 2 - וואוינונג קעיר פעדעראלע וואוינונג איינארדענונגען קאוד A, סטעיט קאוד D	<input type="checkbox"/> מופט אריין <input type="checkbox"/> האט ארויסגעמופט פון
	קאנגרעגעיט קעיר שטאפל 3 - פארבעסערטע וואוינונג קעיר פעדעראלע וואוינונג איינארדענונגען קאוד A, סטעיט קאוד E	<input type="checkbox"/> מופט אריין <input type="checkbox"/> האט ארויסגעמופט פון
	מעדיצינישע פאסיליטי פעדעראלע וואוינונג איינארדענונגען קאוד A/D, סטעיט קאוד Z	<input type="checkbox"/> מופט אריין <input type="checkbox"/> האט ארויסגעמופט פון
	קאמיוניטי אדער אנדערע (ביטע שרייבט פונקטליך, צ.ב. געשטארבן):	<input type="checkbox"/> מופט אריין <input type="checkbox"/> האט ארויסגעמופט פון

ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסאביליטי הילף

קאנגרעגעיט קעיר ענדערונג באריכט בויגן

IV. קאסטאדי

<input type="checkbox"/> עלטערן/גארדיען <input type="checkbox"/> אנדערע (שרייבט פונקטליך) _____ <input type="checkbox"/> סאושעל סערוויסעס	פאר קינדער אונטער 18 יאר, ווער האט לעגאלע קאסטאדי?
---	--

V. איינקונפט ענדערונגען

דאטום וואס איינקונפט איז געענדערט געווארן:	סומע:	סארט איינקונפט: (צ.ב. סאושעל סעקיוריטי ריטייערמענט, סאושעל סעקיוריטי דיסאביליטי, פענסיע, געהאלטן)

VI. ריסארסן

סך הכל ציילבארע ריסארסן קומען אן צו: \$ _____ אפעקטיוו _____

VII. באפולמעכטיגונג פאר דירעקטע דעפאזיט

<input type="checkbox"/> איך פארלאנג אז מיין SSP בענעפיטן זאלן אריינגעלייגט ווערן אין די באנק אקאונט וואס שטייט אונטן.	<input type="checkbox"/> אלס דער באצאלער* פאר דעם איינוואוינער, פארלאנג איך דא אז זיין/איר SSP בענעפיטן זאלן אריינגעלייגט ווערן אין די באנק אקאונט וואס שטייט אונטן. _____ (באצאלער אונטערשריפט) *מוז זיין די פארשטייער באצאלער בארעכטיגט דורך די SSA אדער די דעזיגנירטע פארשטייער (DR) באצאלער בארעכטיגט דורך די SSP. זיך איינצוגעבן צו ווערן די DR באצאלער ביטע רופט 1-855-488-0541
באנק נאמען און אדרעס _____ נאמען אויפ'ן אקאונט: _____ ראוטינג נומער _____ אקאונט נומער _____ סארט אקאונט <input type="checkbox"/> טשעקינג <input type="checkbox"/> סעווינגס	

VIII. באפולמעכטיגונג

נאמען:	טיטל:
אונטערשריפט:	דאטום:
	טעלעפאן:
	אימעיל:

האט פראגעס אדער דארפט נאך אינפארמאציע?

1-855-488-0541

www.otda.ny.gov/programs/ssp