

مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة ومعونة العجز
نموذج تقرير تغيير الرعاية الجماعية

.4 الوصاية

<input type="checkbox"/> ولي أمر / وصي <input type="checkbox"/> خدمات اجتماعية <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد): _____	للأطفال دون سن 18 عاماً، من لهم حق الوصاية؟
--	---

.5 تغيرات الدخل

نوع الدخل: (مثال: معاش الضمان الاجتماعي، الضمان الاجتماعي للمعاقين، معاش، أجور)	المبلغ:	تاريخ تغيير الدخل:

.6 الموارد

إجمالي الموارد القابلة للعد/التقدير، يساوي: _____ دولار أمريكي، اعتباراً من: _____

.7 تخويل الإيداع المباشر

<input type="checkbox"/> أطلب إيداع مخصصات برنامج الولاية التكميلي في الحساب البنكي المذكور أدناه. _____ (توقيع المقيم)	<input type="checkbox"/> بصفتي المستفيد* لهذا المقيم، أطلب إيداع مخصصات برنامج الولاية التكميلي في الحساب البنكي المذكور أدناه. _____ (توقيع المستفيد)
<p>* ينبغي أن يكون المستفيد الممثل معتمداً من قبل إدارة الضمان الاجتماعي أو مستفيد ممثل معين معتمد من قبل برنامج الولاية التكميلي. للتقدم كي تصبح مستفيد ممثل معين، يرجى الاتصال بالرقم 1-855-488-0541</p>	
اسم وعنوان البنك: _____	
اسم الحساب: _____	
رقم التوجيه: _____	
رقم الحساب: _____	
نوع الحساب: <input type="checkbox"/> جاري <input type="checkbox"/> ادخار	

.8 التحويل

الاسم:	اللقب:
التوقيع:	هاتف:
التاريخ:	البريد الإلكتروني:

لديك أية استفسارات أو بحاجة إلى المزيد من المعلومات؟

1-855-488-0541

www.otda.ny.gov/programs/ssp