

**Formularz zmiany danych dotyczących opieki zbiorowej****I. Instrukcja odesłania**

Wypełniony formularz odesłać:     pocztą elektroniczną na adres:

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

faksem na numer:

(518) 486-3459

pocztą na adres:

SSI State Supplement Program  
PO Box 1740  
Albany, New York 12201**II. Dane identyfikacyjne klienta**

Imię i nazwisko:	Ostatnie 4 cyfry numeru ubezpieczeniowego: XXX-XXX-	Data urodzenia: / /
Nowy adres zamieszkania:		
Nowy adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania):		
Nazwa i adres nowego świadczeniodawcy:	Nazwa i adres poprzedniego świadczeniodawcy:	
Okręg:	Okręg:	
Nr świadectwa/licencji/świadczeniodawcy	Nr świadectwa/licencji/świadczeniodawcy	

**III. Rodzaj umieszczenia, przeniesienia lub innej zmiany**

Rodzaj umieszczenia	Rodzaj opieki (federalny/stanowy status mieszkaniowy)	Data zmiany
<input type="checkbox"/> Dołączenie <input type="checkbox"/> Opuszczenie	Opieka zbiorowa, poziom 1 – opieka rodzinna Federalny kod statusu mieszkaniowego A, kod stanowy C	
<input type="checkbox"/> Dołączenie <input type="checkbox"/> Opuszczenie	Opieka zbiorowa, poziom 2 – opieka mieszkaniowa Federalny kod statusu mieszkaniowego A, kod stanowy D	
<input type="checkbox"/> Dołączenie <input type="checkbox"/> Opuszczenie	Opieka zbiorowa, poziom 3 – rozszerzona opieka rodzinna Federalny kod statusu mieszkaniowego A, kod stanowy E	
<input type="checkbox"/> Dołączenie <input type="checkbox"/> Opuszczenie	Placówka medyczna Federalny kod statusu mieszkaniowego A/D, kod stanowy Z	
<input type="checkbox"/> Dołączenie <input type="checkbox"/> Opuszczenie	Mieszkanie w społeczności lub inne (określić, np. zgon):	

**Formularz zmiany danych dotyczących opieki zbiorowej****IV. Opieka nad dzieckiem**

Dotyczy dzieci poniżej 18 r.ż. – kto sprawuje opiekę?	<input type="checkbox"/> Rodzic/opiekun	<input type="checkbox"/> Służby społeczne
	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź (określić) _____	

**V. Zmiana dochodu**

Rodzaj dochodu: (np. emerytura, zasiłek dla osób niepełnosprawnych, wynagrodzenie)	Kwota:	Data zmiany dochodu:

**VI. Zasoby**

Łączne zasoby podlegające obliczeniom: _____ USD od dnia _____
--

**VII. Zgoda na przelew środków**

<input type="checkbox"/> Jako odbiorca świadczeń* tego mieszkańca proszę o przesyłanie jej/jego świadczeń w programie SSP na poniższy rachunek bankowy.  _____ (podpis odbiorcy świadczeń) * Dopuszcza się wyłącznie przedstawiciela odbierającego świadczenia zatwierdzonego przez SSA lub wyznaczonego przedstawiciela odbierającego świadczenia zatwierdzonego przez SSP. Aby zostać wyznaczonym przedstawicielem odbierającym świadczenia, należy zadzwonić pod numer 1-855-488-0541.	<input type="checkbox"/> Proszę o przesyłanie moich świadczeń w programie SSP na poniższy rachunek bankowy.  _____ (podpis mieszkańca)
Nazwa i adres banku _____	
Imię i nazwisko właściciela: _____	
Numer tranzytowy _____	
Numer rachunku _____	
Typ rachunku <input type="checkbox"/> Bieżący <input type="checkbox"/> Oszczędnościowy	

**VIII. Zgoda**

Imię i nazwisko:		Tytuł:	
Podpis:		Nr telefonu:	
Data:		E-mail:	

Pytania i dodatkowe informacje:

1-855-488-0541

[www.otda.ny.gov/programs/ssp](http://www.otda.ny.gov/programs/ssp)