

## Formulario para Informar Cambios - Cuidados Integrales en Grupo

### I. Instrucciones de devolución

Devuelva el formulario relleno a:

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

Por fax: (518) 486-3459

Por correo: SSI State Supplement Program

PO Box 1740

Albany, New York 12201



### II. Datos del cliente

Nombre:	Número de seguro social (últimos cuatro números): Fecha de nacimiento: XXX-XXX- / /
Nueva dirección de domicilio:	
Nueva dirección postal (si difiere del domicilio):	
Nombre y dirección del nuevo proveedor:	Nombre y dirección del antiguo proveedor:
Condado:	Condado:
Certificado / Licencia / # del proveedor	Certificado / Licencia / # del proveedor

### III. Naturaleza de la ubicación, traslado u otro cambio

Tipo de ubicación	Tipo de Cuidado (Situación de Vivienda Federal o Estatal)	Fecha o fechas de vigencia del cambio
<input type="checkbox"/> Mudarse a <input type="checkbox"/> Mudarse de	Cuidados integrales nivel 1 - Instalación familiar Situación de Vivienda Federal Código A, Estatal Código C	
<input type="checkbox"/> Mudarse a <input type="checkbox"/> Mudarse de	Cuidados integrales nivel 2 - Instalación residencial Situación de Vivienda Federal Código A, Estatal Código D	
<input type="checkbox"/> Mudarse a <input type="checkbox"/> Mudarse de	Cuidados integrales nivel 3 - Instalación residencial de cuidados especializados Situación de Vivienda Federal Código A, Estatal Código E	
<input type="checkbox"/> Mudarse a <input type="checkbox"/> Mudarse de	Instalación médica Situación de Vivienda Federal Código A / D, Estatal Código Z	
<input type="checkbox"/> Mudarse a <input type="checkbox"/> Mudarse de	Instalación comunitaria u otra situación (especifique, por ejemplo: fallecido)	

**Formulario para Informar Cambios - Cuidados Integrales en Grupo****IV. Custodia**

Para niños menores de 18 años, ¿quién tiene la custodia determinada por una orden judicial?	<input type="checkbox"/> Padre / Tutor <input type="checkbox"/> Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
---	---

**V. Cambio en ingresos**

Tipo de ingreso: (por ej. jubilación del Seguro Social, Seguro Social por Incapacidad, pensión, salarios)	Monto	Fecha de cambio de ingresos

**VI. Recursos**

Recursos totales contables iguales a: \$ _____ a partir del _____
---

**VII. Autorización de depósito directo**

<input type="checkbox"/> Como portador* para este residente, solicito que los beneficios de SSP de él o ella sean depositados en la cuenta bancaria que aparece a continuación.  _____ (Firma del portador): *Esta persona debe ser el representante del beneficiario aprobado por el SSA, o un representante designado (DR) aprobado por el SSP. Si desea ser representante designado, llame al 1-855-488-0541	<input type="checkbox"/> Solicito que mis beneficios de SSP sean depositados en la cuenta bancaria que aparece a continuación.  _____ (Firma del residente)
Nombre y dirección del banco _____	
Nombre en la cuenta: _____	
Número de acceso directo en cuenta (Routing number) _____	
Número de cuenta: _____	
Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros	

**VIII. Autorización**

Nombre:	Título:
Firma:	Fecha:
	Teléfono:
	Correo electrónico:

¿Necesita más información o tiene más preguntas?

1-855-488-0541

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