

বসবাসের বন্দোবস্তের ফর্ম

নাম _____

PID _____

বাসার ঠিকানা _____
(স্ট্রিট বা PO বক্স) (শহর) (স্টেট) (জিপি কোড)চিঠি পাঠানোর ঠিকানা, যদি তা বসবাসের ঠিকানা থেকে ভিন্ন হয় _____
(স্ট্রিট বা PO বক্স) (শহর) (স্টেট) (জিপি কোড)অনুগ্রহ করে আপনার বর্তমান বসবাসের বন্দোবস্ত আরম্ভ হওয়ার তারিখটি
আমাদের বলুন: (মাস/বছর) _____নিচের সংজ্ঞাগুলি ব্যবহার করে, অনুগ্রহ করে সেই বক্সটিতে টিক দিন যেটি আপনার বর্তমান বসবাসের
বন্দোবস্তকে সবথেকে ভালো প্রতিফলিত করে।

- একাকী বসবাস করেন – নিম্নলিখিত শর্তগুলির মধ্যে একটি পূরণ করলে আপনি এই শ্রেণীতে পড়বেন:
- শারীরিকভাবে আপনি একা বা SSI পাওয়া একজন সঙ্গী/সঙ্গীণীর সাথে থাকেন;
 - আপনি শুধু একজন পালিত সন্তান বা পালিত সন্তানদের সাথে থাকেন;
 - আপনি শুধু সামাজিক পরিষেবা ডিস্ট্রিক্ট অফিস দ্বারা অনুমোদিত একজন গৃহকর্ত্রী বা চিকিৎসা সহায়তা (Medicaid) প্রোগ্রামের অধীনে অর্থপ্রদান করা সহায়তাকারীর সাথে বসবাস করেন;
 - আপনি অন্যদের সাথে থাকেন কিন্তু “ঘর এবং খাওয়ার জন্য একটি থোক টাকা” দেন বা বাসস্থানটিতে বসবাসকারী অন্য সকলের থেকে “ঘর এবং খাওয়ার জন্য একটি থোক টাকা” পান;
 - আপনি অন্যদের সাথে বসবাস করেন কিন্তু মাসের বেশিরভাগ খাবার বাসস্থানটির বাইরেই খান;
 - আপনি অন্যদের সাথে বসবাস করেন কিন্তু মাসের বেশিরভাগ খাবার আপনি নিজে আলাদাভাবে বানান, বা কেউ আলাদাভাবে বানিয়ে দেয়;
 - আপনার বসবাসের কোনো স্থায়ী বন্দোবস্ত নেই এবং এমন কোনো সঙ্গী/সঙ্গীণী বা সন্তান নেই যার দায়িত্ব আপনার।
- অন্যদের সাথে বসবাস করেন – নিম্নলিখিত শর্তগুলির মধ্যে একটি পূরণ করলে আপনি এই শ্রেণীতে পড়বেন:
- আপনি আপনার সঙ্গী/সঙ্গীণীর সাথে বসবাস করেন যিনি SSI পান না;
 - আপনি অন্যদের সাথে বসবাস করেন এবং আপনি বসবাস করেন এমন অন্তত একজনের সাথে মিলে আপনার খাবার বানান;
 - আপনি একটি ধর্মীয় সম্প্রদায়ে বাস করেন;
 - কংগ্রেগেট কেয়ার (Congregate Care) লেভেল 1 বা 2 ছাড়া অন্য যে কোনো বসবাসের বন্দোবস্তে বাস করা আপনার বয়স 18 বছরের কম;
 - আপনার বসবাসের কোনো স্থায়ী বন্দোবস্ত নেই এবং এমন কোনো অযোগ্য সঙ্গী/সঙ্গীণী বা সন্তানের সাথে বসবাস করেন যার দায়িত্ব আপনার।
- কংগ্রেগেট কেয়ার – বর্তমানে আপনি যদি কংগ্রেগেট কেয়ার (লেভেল 1, 2, বা 3)-এ বা সারা মাস ধরে একটি চিকিৎসা পরিচর্যা কেন্দ্রে বসবাস করেন, তাহলে অনুগ্রহ করে কেন্দ্রের কাউকে SSP ব্যুরো (SSP Bureau)-র কাছে কংগ্রেগেট কেয়ার পরিবর্তনের ফর্ম (Congregate Care Change Form) (LDSS-5023) জমা দিতে বলুন। সমস্ত SSP ফর্মগুলি www.otda.ny.gov/programs/ssp-এ পাওয়া যাবে। কোনো প্রশ্ন থাকলে অনুগ্রহ করে টোল ফ্রি নম্বর 1-855-488-0541-এ আমাদের কল করুন।

আমি/আমরা বুঝি যে কেউ জেনেশুনে মিথ্যা কথা বললে বা সত্যকে মিথ্যা উপস্থাপনা করলে, তিনি একটি অপরাধ করছেন এবং ফেডারেল আইন, স্টেট আইন, বা উভয়ের অধীনে শাস্তি পেতে পারেন। এই বিবৃতিতে বর্ণিত সমস্ত তথ্য আমার/আমাদের জ্ঞাত মতে সত্য।

আবেদনকারীর/প্রাপক/প্রতিনিধির স্বাক্ষর	তারিখ	স্বামী/স্ত্রীর স্বাক্ষর
X		X

সম্পূর্ণ করা ফর্মটি অবশ্যই NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201-এ ডাকযোগে বা,
otda.sm.ssp@otda.ny.gov-এ ইমেল করে, এই নম্বরে ফ্যাক্স করে পাঠাতে হবে: 518-486-3459।