

**Formularz dotyczący sytuacji mieszkaniowej**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Osobisty numer identyfikacyjny (PID) \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_  
(Ulica lub skr. pocztowa) (Miejscowość) (Stan) (Kod pocztowy)Adres do korespondencji, jeśli inny niż adres zamieszkania \_\_\_\_\_  
(Ulica lub skr. pocztowa) (Miejscowość) (Stan) (Kod pocztowy)**Data zamieszkania przez Pana/Panią w obecnym miejscu zamieszkania:**  
**(Miesiąc/rok)** \_\_\_\_\_**Należy zaznaczyć pole najlepiej odzwierciedlające Pana/Pani obecną sytuację mieszkaniową zgodnie z poniższymi definicjami.**

- Mieszkam samotnie** — Kategoria odpowiednia w przypadku spełnienia jednego z poniższych warunków:
- Mieszka Pan/Pani fizycznie sam(a) lub ze współmałżonkiem otrzymującym zapomogę uzupełniającą (supplemental security income, SSI)
  - Mieszka Pan/Pani tylko z dzieckiem (lub dziećmi) w pieczy zastępczej
  - Mieszka Pan/Pani wyłącznie z opiekunem domowym zatwierdzonym przez okręgowy Wydział Usług Społecznych lub osobą świadczącą usługi opieki domowej opłacane w ramach programu pomocy medycznej (Medicaid)
  - Mieszka Pan/Pani z innymi osobami, ale płaci Pan/Pani „zryczałtowaną opłatę za pokój i wyżywienie” lub otrzymuje „zryczałtowaną opłatę za pokój i wyżywienie” od pozostałych osób zamieszkałych w danym miejscu
  - Mieszka Pan/Pani z innymi osobami, ale większość posiłków w ciągu miesiąca spożywa Pan/Pani poza miejscem zamieszkania
  - Mieszka Pan/Pani z innymi osobami, ale większość posiłków w ciągu miesiąca przygotowuje Pan/Pani oddzielnie lub ktoś inny robi to dla Pani
  - Nie ma Pan/Pani stałego miejsca zamieszkania i nie ma współmałżonka ani dziecka, za które Pan/Pani odpowiada
- Mieszkam z kimś** — Kategoria odpowiednia w przypadku spełnienia jednego z poniższych warunków:
- Mieszka Pan/Pani ze współmałżonkiem, który **nie** otrzymuje zapomogi SSI
  - Mieszka Pan/Pani z innymi osobami i przygotowuje wspólne posiłki dla siebie i jeszcze co najmniej jednej osoby zamieszkałej w danym miejscu
  - Mieszka Pan/Pani w społeczności religijnej
  - Ma Pan/Pani mniej niż 18 lat i mieszka w warunkach innych niż Opieka zbiorowa, poziom 1 lub 2 (Congregate Care Level 1/2)
  - Nie ma Pan/Pani stałego miejsca zamieszkania i żyje z niekwalifikującym się małżonkiem lub dzieckiem, za które Pan/Pani odpowiada
- Opieka zbiorowa** — Jeśli obecnie przebywa Pan/Pani w placówce opieki zbiorowej (poziom 1, 2 lub 3) LUB w placówce opieki medycznej przez cały miesiąc, prosimy zwrócić się do kogoś z personelu placówki o przesłanie formularza zmian dotyczących opieki zbiorowej (LDSS-5023) do biura Stanowego Programu Zasiłków (State Supplement Program, SSP). Wszystkie formularze związane z programem SSP są dostępne pod adresem [www.otda.ny.gov/programs/ssp](http://www.otda.ny.gov/programs/ssp). W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt pod bezpłatnym numerem 1-855-488-0541.

Rozumiem(y), że każdy, kto świadomie kłamie lub podaje fałszywe informacje, popełnia przestępstwo i może zostać ukarany na mocy prawa federalnego, stanowego lub obu. Zgodnie z moją najlepszą wiedzą wszystkie informacje podane w tym oświadczeniu są prawdziwe.

Podpis wnioskodawcy/świadzeniobiorcy/przedstawiciela	Data	Podpis współmałżonka
X		X

Wypełniony formularz należy wysłać na adres **NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201** albo pocztą e-mail na adres [otda.sm.ssp@otda.ny.gov](mailto:otda.sm.ssp@otda.ny.gov) bądź faksem na numer: 518-486-3459.