

**Formulario de Situación de Vivienda**

Nombre \_\_\_\_\_

PID \_\_\_\_\_

Domicilio residencial \_\_\_\_\_  
(Calle o PO Box) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)Dirección postal si difiere del domicilio \_\_\_\_\_  
(Calle o PO Box) (Ciudad)(Estado) (Código Postal)

Indique la fecha en que su situación de vivienda actual comenzó: (Mes / Año) \_\_\_\_\_

Siguiendo las situaciones descritas a continuación marque el casillero que mejor refleja su situación de vivienda actual.

 **Vivo solo(a)** – Usted está en esta categoría si reúne uno o más de los siguientes requisitos:

- Usted vive físicamente solo(a) o con su cónyuge y él o ella recibe SSI;
- Usted vive solamente con su hijo(a) o hijos / hijas de crianza;
- Usted vive solamente con la ama de casa autorizada por la oficina de distrito de servicios sociales o con la asistente pagada por el programa de Asistencia Médica (Medicaid);
- Usted vive con otras personas pero paga una «tarifa fija de pensión» o recibe una «tarifa fija por cuota de pensión» de todas las otras personas que viven con usted;
- Usted vive con otras personas pero durante el mes consume la mayoría de las comidas fuera de la residencia;
- Usted vive con otras personas pero durante el mes prepara (o alguien le prepara) la mayoría de las comidas por separado;
- No tiene una situación de vivienda permanente ni tampoco cónyuge o hijos que vivan con usted de los cuales usted es responsable.

 **Vivo con otras personas** – Usted está en esta categoría si reúne uno o más de los siguientes requisitos:

- Usted vive con su cónyuge y él o ella **no recibe** SSI;
- Usted vive con otras personas y prepara las comidas en común con por lo menos una de las personas que vive con usted;
- Usted vive en una comunidad religiosa;
- Usted es menor de 18 años de edad y cuenta con otra situación de vivienda que no es Cuidado Integral en Grupo Nivel 1 o 2;
- Usted no tiene una situación de vivienda permanente y vive con un cónyuge o hijo del cual usted es responsable y esa persona no cumple los requisitos.

 **Hogar Colectivo de Cuidados Integrales** – Si usted actualmente reside en un Hogar Colectivo de Cuidados Integrales (Nivel 1,2 o 3) o en una instalación de Cuidados de Atención Médica durante el mes, solicítele a uno de los empleados de la instalación que someta el Formulario de Cambio de Cuidados Integrales Colectivos (LDSS-5023) a la oficina del programa de SSP. Los formularios del programa SSP los encuentra en: [www.otda.ny.gov/programs/ssp](http://www.otda.ny.gov/programs/ssp). Si tiene preguntas: 1-855-488-0541.

Yo entiendo / nosotros entendemos que toda persona que a sabiendas mienta o tergiversa la verdad estará perpetrando un delito por el cual puede ser castigado según lo disponen las leyes federales, estatales o ambas. Yo declaro / nosotros declaramos, so pena de perjurio, que todo lo que figura en la presente solicitud es verdadero hasta donde yo sé / nosotros sabemos.

Firma del Solicitante / Beneficiario / Representante	Fecha	Firma del cónyuge
X		X

El formulario completamente relleno debe de enviarse a: NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201, o por correo electrónico a: [otda.sm.ssp@otda.ny.gov](mailto:otda.sm.ssp@otda.ny.gov); o por fax a: 518-486-3459