

NYS OTDA ریاستی سپلیمنٹل پروگرام
رہائش کے انتظام کا فارم

PID

نام

رہائش کا پتہ

(گلی یا پی او بکس)

(شہر)

(ریاست)

(زپ کوڈ)

ڈاک کا پتہ اگر رہائشی پتے سے مختلف ہو۔

(گلی یا پی او بکس)

(شہر)

(ریاست)

(زپ کوڈ)

براہ کرم ہمیں وہ تاریخ بتائیں جب آپ کے رہنے کا موجودہ انتظام شروع ہوا: (سال/مہینہ)

نیچے دی گئی تعریفیں استعمال کرتے ہوئے، براہ کرم اس باکس کو نشان زد کریں جو آپ کے موجودہ رہنے کے انتظامات کی بہترین عکاسی کرتا ہے۔

- اکیلے رہتے/رہتی ہیں - اگر آپ درج ذیل شرائط میں سے کسی ایک کو پورا کرتے ہیں تو آپ اس زمرے میں فٹ ہوتے/ہوتی ہیں:
- آپ فزیکل طور پر اکیلے یا SSI حاصل کرنے والے شریک حیات کے ساتھ رہتے/رہتی ہیں؛
 - آپ صرف رضاعی بچے یا رضاعی بچوں کے ساتھ رہتے/رہتی ہیں؛
 - آپ صرف ایک ایسے گھریلو فرد کے ساتھ رہتے/رہتی ہیں جسے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ آفس کی طرف سے اختیار دیا گیا ہے یا طبی امداد (Medicaid) پروگرام کے تحت ادا کردہ معاون کے ساتھ رہتے/رہتی ہیں؛
 - آپ دوسروں کے ساتھ رہتے/رہتی ہیں لیکن "کمرے اور بورڈ کے لیے فلیٹ فیس" ادا کرتے/کرتی ہیں یا رہائش گاہ میں موجود دیگر تمام افراد سے "کمرے کے لیے فلیٹ فیس اور بورڈ کی فیس" وصول کرتے/کرتی ہیں؛
 - آپ دوسروں کے ساتھ رہتے/رہتی ہیں لیکن مہینے کے دوران اپنا زیادہ تر کھانا اپنی رہائش گاہ سے باہر کھاتے/کھاتی ہیں؛
 - آپ دوسروں کے ساتھ رہتے/رہتی ہیں لیکن مہینے کے دوران اپنا زیادہ تر کھانا الگ سے تیار کرتے/کرتی ہیں، یا کوئی الگ سے تیار کرتا/کرتی ہے؛
 - آپ کے پاس رہنے کا کوئی مستقل انتظام نہیں ہے اور نہ ہی آپ کے ساتھ کوئی شریک حیات یا بچہ ہے جس کے لیے آپ ذمہ دار ہیں۔

دوسروں کے ساتھ رہتے/رہتی ہیں - اگر آپ درج ذیل شرائط میں سے کسی ایک کو پورا کرتے ہیں تو آپ اس زمرے میں فٹ ہوتے/ہوتی ہیں:

- آپ اپنے/اپنی شریک حیات کے ساتھ رہتے ہیں جو SSI حاصل نہیں کرتا/کرتی؛
- آپ دوسروں کے ساتھ رہتے/رہتی ہیں اور آپ کم از کم ایک دوسرے ایسے شخص کے ساتھ مشترکہ کھانا تیار کرتے/کرتی ہیں جس کے ساتھ آپ رہتے/رہتی ہیں۔
- آپ کسی مذہبی کمیونٹی میں رہائش پذیر ہیں؛
- کنگریگٹ کیئر لیول 1 یا 2 کے علاوہ کسی بھی رہائشی انتظام میں آپ کی عمر 18 سال سے کم ہے؛
- آپ کے پاس رہنے کا کوئی مستقل انتظام نہیں ہے اور آپ کسی نااہل شریک حیات یا بچے کے ساتھ ہیں جس کے لیے آپ ذمہ دار ہیں؛

کنگریگٹ کیئر - اگر آپ فی الحال کانگریگٹ کیئر (لیول 1، 2، یا 3) میں رہتے ہیں یا پورے مہینے میں طبی نگہداشت کی سہولت میں رہتے ہیں تو براہ کرم فیسیلیٹی سے کسی کو کانگریگٹ کیئر چینج فارم (LDSS-5023) بیورو کو جمع کروانے کو کہیں۔ تمام SSP فارم www.otda.ny.gov/programs/ssp پر دستیاب ہیں۔ اگر کوئی سوالات ہیں تو براہ کرم ہمیں 1-855-488-0541 پر ٹول فری کال کریں۔

میں/ہم سمجھتے ہیں کہ جو بھی جان بوجھ کر جھوٹ بیان کرتا ہے یا اصل حقیقت کو غلط بیان کرتا ہے وہ جرم کر رہا ہے اور اسے وفاقی قانون، ریاستی قانون، یا دونوں کے تحت سزا دی جا سکتی ہے۔ اس بیان میں میرے/ہمارے علم کے مطابق سب کچھ سچ پر مبنی ہے۔

درخواست دہندہ/وصول کنندہ/نمائندے کے دستخط	تاریخ	شریک حیات کے دستخط
X		X

مکمل شدہ فارم کو اس پتہ پر بذریعہ ڈاک بھیجا جا سکتا ہے
NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201، یا otda.sm.ssp@otda.ny.gov پر ای میل کیا جا سکتا ہے یا بذریعہ فیکس اس نمبر پر بھیجا جا سکتا ہے: 518-486-3459