

New York State Supplement Program (SPP - Programma integrativo dello Stato di New York)**Modulo di variazione dello stato civile**

Modulo da utilizzare per informarci di una variazione dello stato civile. Quando ci perverrà la comunicazione della variazione, ricalcoleremo l'importo delle prestazioni SSP tenendo conto del nuovo stato civile e del nuovo reddito mensile conteggiabile riadattato.

Nome del destinatario:		Identificativo della persona:	
Parte 1: Informazioni sul nuovo stato civile			
Selezionare la casella pertinente al nuovo stato civile.			
1. <input type="checkbox"/> Coniugato e convivente con il mio coniuge	4. <input type="checkbox"/> Divorziato e non convivente con il mio ex coniuge		
2. <input type="checkbox"/> Coniugato e non convivente con il mio coniuge	5. <input type="checkbox"/> Non coniugato		
3. <input type="checkbox"/> Separato e non convivente con il mio coniuge	6. <input type="checkbox"/> Vedovo/a		
Inserire la data di decorrenza del nuovo stato civile:	Mese:	Giorno:	Anno:
Parte 2: Informazioni sul nuovo coniuge			
Se è stata selezionata la casella 1, compilare questa parte			
Nome e iniziale		Cognome	
Numero Sicurezza sociale:		Data di nascita	
Reddito: compilare l'allegato Modulo di verifica del reddito			
Parte 3: Altre variazioni derivanti dal nuovo stato civile			
✓ La propria abitazione e/o l'indirizzo postale sono cambiati? Se la risposta è Sì, compilare di seguito:			
Indirizzo postale (nome della via/piazza, n. appart., Casella postale, codice postale)			
Indirizzo dell'abitazione (nome della via/piazza, n. appart., Casella postale, codice postale), se diverso dall'indirizzo postale			
✓ La situazione relativa all'organizzazione di vita è cambiata? Se la risposta è Sì, compilare l'allegato Modulo sull'organizzazione di vita SSP			
✓ I dati di accredito diretto sono cambiati? Se la risposta è Sì, compilare l'allegato Modulo sull'accredito diretto.			
Parte 4: Certificazione			
Certifico che le informazioni indicate nel presente modulo e su tutti i documenti allegati sono corrette e complete.			
Firmare qui _____		Data: _____	
Firma del coniuge _____		Data: _____	

Se i moduli compilati non vengono restituiti entro 30 giorni dalla data della presente lettera, sono possibili effetti sulle prestazioni SSP.

Se occorre assistenza per la compilare dei moduli o per ricevere chiarimenti, è possibile contattarci al numero verde 1-(855)-488-0541.

Rinviare le informazioni richieste:

per posta a: NYS OTDA
State Supplement Program
PO Box 1740
Albany, New York 12201

per e-mail all'indirizzo: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

OPPURE via fax al numero: 518-486-3459