

Программа штата Нью-Йорк по оказанию дополнительной помощи (SSP).

Форма об изменении в семейном положении

Используйте данную форму для уведомления об изменениях в вашем семейном положении. По получении уведомления о ваших изменениях, мы произведем перерасчет ваших льгот SSP с учетом вашего нового семейного положения и нового откорректированного учитываемого месячного дохода.

Имя получателя:	Номер ID:
Часть 1: Информация о вашем новом семейном положении.	
Пожалуйста, отметьте надлежащую клетку.	
1. <input type="checkbox"/> В браке и проживаю с супругом (супругой)	4. <input type="checkbox"/> В разводе и проживаю отдельно от бывшего супруга (бывшей супруги)
2. <input type="checkbox"/> В браке и проживаю отдельно от супруга (супруги)	5. <input type="checkbox"/> Не состою в браке
3. <input type="checkbox"/> Официально проживаю отдельно от супруга (супруги)	6. <input type="checkbox"/> Вдова/Вдовец
Дата начала вашего нового семейного положения.	Месяц: _____ День: _____ Год: _____
Часть 2: Информация о новом (новой) супруге.	
Заполните, если отмечена клетка 1	
Имя и инициал среднего имени	Фамилия
№ социального обеспечения:	Дата рождения
Доходы: заполните прилагаемую Форму подтверждения доходов	
Часть 3: Другие изменения, зависящие от вашего нового семейного положения	
✓ Изменился ли адреса места жительства и/или почтовый адрес? Если да, ответьте на следующие вопросы:	
Почтовый адрес (название улицы, номер квартиры, почтовый ящик, индекс города)	
Домашний адрес (название улицы, номер квартиры, почтовый ящик, индекс города), если отличается от почтового	
✓ Изменилась ли ваша жилищная ситуация? Если да, заполните прилагаемый Бланк сведений о жилищной ситуации для программы SSP	
✓ Изменилась ли информация о порядке прямого депозита? Если да, заполните прилагаемый бланк разрешения на прямой депозит.	
Часть 4: Засвидетельствование	
Настоящим свидетельствую о том, что данные, указанные на этой форме и во всех прилагаемых документах, являются правильными и полными.	
Подпись _____	Дата: _____
Подпись супруга (супруги) _____	Дата: _____

Заполните и верните форму(ы) в течение 30 дней от даты этого письма, в противном случае ваши льготы по программе SSP могут измениться.

Если вам требуется помощь в заполнении формы или если у вас есть вопросы, позвоните нам по 1-(855)-488-0541.

Предоставьте требуемую информацию

по почте на адрес:

NYS OTDA
State Supplement Program
PO Box 1740
Albany, New York 12201

по электронной почте:

otda.sm.ssp@otda.ny.gov

ИЛИ по факсу на номер

518-486-3459