

Programa de Suplemento del Estado de Nueva York (SSP)

Formulario de Cambio de Estado Civil

Use este formulario para informarnos sobre un cambio de su estado civil. Cuando recibamos la notificación de su cambio, calcularemos otra vez su monto del subsidio SSP, tomando en cuenta su nuevo estado civil y su nuevo ingreso contable modificado.

Nombre del Beneficiario:		Número de Identificación de la Persona:		
Parte 1. Información Sobre Su Nuevo Estado Civil				
Sírvese marcar la casilla que corresponda a su nuevo estado civil.				
1. <input type="checkbox"/> Casado (a) y vivo con mi cónyuge		4. <input type="checkbox"/> Divorciado (a) y no vivo con mi ex cónyuge		
2. <input type="checkbox"/> Divorciado (a) y no vivo con mi cónyuge		5. <input type="checkbox"/> Soltero (a)		
3. <input type="checkbox"/> Separado (a) y no vivo con mi cónyuge		6. <input type="checkbox"/> Viudo (a)		
Ingrese la fecha de inicio de su nuevo estado civil:		Mes:	Día:	Año:
Parte 2. Información Sobre Su Nuevo Cónyuge				
Llene esta parte si marcó la casilla 1				
Primer Nombre e Inicial del Segundo Nombre		Apellido		
Número de Seguro Social:		Fecha de nacimiento		
Ingresos: sírvase llenar el formulario adjunto «Formulario para Verificación de Ingresos»				
Parte 3. Otros Cambios Debido a su Nuevo Estado Civil				
✓ ¿Ha cambiado de domicilio / dirección postal? En caso afirmativo, suministre la siguiente información:				
Dirección Postal (nombre de la calle, N° de apartamento, PO Box, código postal de la ciudad)				
Dirección de Domicilio (nombre de la calle, N° de apartamento, PO Box, código postal de la ciudad), si es distinta a la dirección postal.				
✓ ¿Ha cambiado su situación de vivienda? En caso afirmativo, sírvase llenar el formulario adjunto «Formulario de Situación de Vivienda»				
✓ ¿Ha cambiado la información de su depósito directo? En caso afirmativo, sírvase llenar el formulario adjunto «Formulario de Depósito Directo»				
Parte 4. CERTIFICACIÓN				
Yo certifico que los datos que he suministrado en este formulario y en todos los documentos adjuntos son exactos e íntegros.				
Firme aquí _____		Fecha: _____		
Firma del Cónyuge _____		Fecha: _____		

Si usted no devuelve el /los formulario(s) completamente relleno(s) dentro de 30 días calendario, contados a partir de la fecha de esta carta, su subsidio de suplemento estatal se verá afectado.

Si necesita ayuda para llenar el / los formulario(s) o tiene preguntas, llámenos al 1-(855)-488-0541.

Regrese los datos solicitados por una de las siguientes maneras:

Por correo a: NYS OTDA
State Supplement Program
PO Box 1740
Albany, New York 12201

Por correo electrónico a: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

O por fax a: 518-486-3459