

**Formulaire de vérification des revenus**

Nom de famille du bénéficiaire du SSP	Prénom	Initiale second prénom	Numéro d'identification de la personne
---------------------------------------	--------	------------------------	--

Nom du (de la) représentant(e) désigné(e) (le cas échéant)

Qui remplit ce formulaire ?

Bénéficiaire du SSP       Représentant(e) désigné(e)       Autre \_\_\_\_\_

**RÉPONDEZ À TOUTES LES AUTRES QUESTIONS CONCERNANT LE (LA) BÉNÉFICIAIRE DU SSP.**

*Veillez joindre une feuille séparée si vous avez besoin de plus d'espace.*

**SECTION 1 : Revenus professionnels**

Un membre de votre famille (vous, votre conjoint et/ou vos enfants) travaille-t-il (elle) actuellement ou occupe-t-il (elle) un emploi saisonnier ?

Oui, remplissez cette section.       Non, passez à la section 2.

Incluez les revenus de vos parents si vous avez moins de 18 ans ou si vous avez moins de 22 ans, que vous n'êtes pas marié(e) et que vous étudiez à temps plein.

Nom de la personne employée : \_\_\_\_\_

**Employeur n° 1 :** Nom \_\_\_\_\_

Type de travail (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

temps plein     temps partiel     travailleur indépendant     travailleur journalier

salaire annuel saisonnier \_\_\_\_\_ \$     salaire annuel atelier protégé \_\_\_\_\_ \$

Nombre d'heures travaillées par semaine \_\_\_\_\_ Rémunération hebdomadaire avant retenues \_\_\_\_\_ \$

Date de début du travail \_\_\_\_\_ Date de fin du travail \_\_\_\_\_  
(si vous êtes toujours employé(e), indiquez S/O).

Nom de la personne employée : \_\_\_\_\_

**Employeur n° 2 :** Nom \_\_\_\_\_

Type de travail (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

temps plein     temps partiel     travailleur indépendant     travailleur journalier

salaire annuel saisonnier \_\_\_\_\_ \$     salaire annuel atelier protégé \_\_\_\_\_ \$

Nombre d'heures travaillées par semaine \_\_\_\_\_ Rémunération hebdomadaire avant retenues \_\_\_\_\_ \$

Date de début du travail \_\_\_\_\_ Date de fin du travail \_\_\_\_\_  
(si vous êtes toujours employé(e), indiquez S/O).

Si vous avez d'autres employeurs, veuillez joindre une feuille séparée.

Si vous êtes aveugle ou handicapé(e) et que vous avez des dépenses à engager pour pouvoir travailler, veuillez indiquer le type de dépense et le montant mensuel :

## Section 2 : Revenus non professionnels

Un membre de votre famille (vous, votre conjoint et/ou vos enfants) a-t-il (elle) d'autres revenus, **y compris des revenus locatifs** ?  Oui, remplissez cette section.  Non, passez à la section 3.

Incluez les revenus de vos parents si vous avez moins de 18 ans ou si vous avez moins de 22 ans, que vous n'êtes pas marié(e) et que vous étudiez à temps plein.

### Types de revenus non professionnels – Cela inclut, sans toutefois s'y limiter :

<ul style="list-style-type: none"> <li>* Revenu complémentaire de sécurité (SSI), prestations d'invalidité ou pension de retraite de la sécurité sociale ou (montant mensuel que vous recevez plus la prime Medicare)</li> <li>* Prestation de sécurité sociale de personne survivante</li> <li>* Prestations d'invalidité de l'État</li> <li>* Anciens combattants</li> <li>* Attributions militaires</li> <li>* Pensions, retraites ou revenus 401K</li> <li>* Revenus locatifs</li> <li>* Revenus des travailleurs indépendants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Pension alimentaire pour enfant et pension alimentaire reçues</li> <li>* Assurance-chômage</li> <li>* Indemnisation des accidents du travail</li> <li>* Revenus d'intérêts, de dividendes ou de certificat de dépôt</li> <li>* Redevances ou baux (minerais, pâturages, etc.)</li> <li>* Assistance temporaire</li> <li>* Retraite ou invalidité des chemins de fer</li> <li>* Autre (veuillez décrire ci-dessous)</li> </ul>
---	--

Qui perçoit ce revenu ?	Lien de parenté	Type de revenus (à partir de la liste ci-dessus)	Source de revenus	Dates de perception des revenus (du mm/aa au mm/aa)	Montant mensuel perçu

## Section 3 : Revenus en nature

1. Une personne non mentionnée à la section 4 vous donne-t-elle, à vous ou à votre conjoint(e), de l'argent, de la nourriture, un logement gratuit ou de l'aide pour payer vos factures ?

Oui, remplissez cette section.  Non, passez à la section 4.

Type d'aide	À quelle fréquence l'aide est-elle reçue ?	Montant de l'aide

2. Quel est le montant mensuel total moyen des dépenses suivantes du ménage : prêt hypothécaire/loyer, assurance immobilière, taxes foncières, combustible de chauffage, électricité, gaz, eau, égouts et enlèvement des ordures ménagères ?

\_\_\_\_\_ \$

3. Quelle est votre contribution mensuelle moyenne en espèces aux dépenses du ménage ?

\_\_\_\_\_ \$

## Section 4 : Informations sur le foyer

Veillez énumérer les membres de votre famille vivant dans votre foyer (y compris votre conjoint(e), votre/vos parent(s), vos enfants et votre répondant(e), le cas échéant).

Nom Prénom, initiale du deuxième prénom, nom	Quel est son lien de parenté avec vous ?	Date de naissance (mois/jour/année)	Numéro de sécurité sociale	Cette personne est-elle scolarisée, de la maternelle à la terminale ?	Cette personne fréquente-t-elle un établissement supérieur ?
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Section 5 : Certification

J'atteste que les informations que j'ai fournies sont correctes et véridiques.

Signature du (de la) demandeur(se)/bénéficiaire/représentant(e) désigné(e)	Date
Signature du (de la) conjoint(e)	Date

\*Le (la) représentant(e) désigné(e) doit figurer dans le dossier du SSP de New York pour pouvoir signer au nom du (de la) bénéficiaire.

Si vous ne renvoyez pas le(s) formulaire(s) rempli(s) dans un délai de 30 jours suivant la date de ce courrier, vos prestations du SSP pourraient être affectées.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir le(s) formulaire(s) ou si vous avez des questions, veuillez nous appeler gratuitement au 1-(855)-488-0541.

Veillez renvoyer les informations demandées :

par courrier à l'adresse suivante : NYS OTDA  
State Supplement Program  
PO Box 1740  
Albany, New York 12201

par e-mail à l'adresse : [otda.sm.ssp@otda.ny.gov](mailto:otda.sm.ssp@otda.ny.gov)

OU par fax au numéro : 518-486-3459