

Форма, подтверждающая ваши доходы

Фамилия получателя SSP	Имя	Инициал среднего имени	Личный номер ID:
Имя уполномоченного доверенного лица (если имеется)			

Кто заполняет эту форму?

 Получатель SSP Доверенное лицо Другое лицо _____

ОТВЕТИТЕ НА ВСЕ ВОПРОСЫ, ПОСКОЛЬКУ ОНИ ОТНОСЯТСЯ К ПОЛУЧАТЕЛЮ ПОСОБИЯ SSP. Если у вас не хватит места, приложите отдельный лист бумаги.

Раздел 1: Трудовой доход

Работает ли сейчас кто-либо из вашей семьи (вы, ваш супруг (ваша супруга) и/либо ваши дети) на постоянной основе или по принципу сезонной занятости?

 Если да, заполните этот раздел. Если нет – перейдите к Разделу 2.

Включите доход родителей в случае, если вам не исполнилось 18 лет или если вам не исполнилось 22 лет, вы не замужем (не женаты), и вы учитесь в ВУЗе на полную занятость.

Имя и фамилия работающего члена семьи: _____

Работодатель #1: Название _____

Вид работы (отметьте все, что применимо): на полную занятость на частичную занятость
 частный предприниматель поиск работы в течение дня

 сезонный годовой заработок \$ _____ годовой заработок в мастерской для инвалидов \$ _____

Количество рабочих часов в неделю _____ Еженедельная оплата до вычета удержаний \$ _____

Дата начала работы _____ Дата завершения работы _____ (если вы продолжаете работать, напишите N/A).

Имя и фамилия работающего члена семьи: _____

Работодатель #2: Название _____

Вид работы (отметьте все, что применимо): на полную занятость на частичную занятость
 частный предприниматель поиск работы в течение дня

 сезонный годовой заработок \$ _____ годовой заработок в мастерской для инвалидов \$ _____

Количество рабочих часов в неделю _____ Еженедельная оплата до вычета удержаний \$ _____

Дата начала работы _____ Дата завершения работы _____ (если вы еще работаете, напишите N/A).

Если у вас больше работодателей, впишите их на отдельном листе бумаги и приложите к заявлению.

Если вы слепой или инвалид и у вас есть расходы, которые вы оплачиваете для того, чтобы ходить на работу, пожалуйста укажите вид расходов и ежемесячную сумму:

Раздел 2: Доходы из прочих источников

Есть ли у кого-либо из вашей семьи (вас, вашего супруга (вашей супруги) и/либо ваших детей) какой-либо дополнительный доход, **включая доход с арендной платы?**

Если да, заполните этот раздел.

Если нет – перейдите к Разделу 3.

Включите доход родителей в случае, если вам не исполнилось 18 лет или если вам не исполнилось 22 лет, вы не замужем (не женаты), и вы учитесь в ВУЗе на полную занятость.

Виды доходов из прочих источников, в том числе:

- * Дополнительный социальный доход (SSI), пособие социального обеспечения по нетрудоспособности или пенсия (ежемесячная получаемая вами сумма плюс взносы по Медикэр (Medicare premium))
- * Социальные пособия по нетрудоспособности
- * Пособия по нетрудоспособности на уровне штата
- * Пособия ветерана вооруженных сил США
- * Ассигнования военнослужащим
- * Пенсионные пособия, пенсии или доходы 401К
- * Доход от арендной платы
- * Доход от частного предпринимательства

- * Средства на содержание ребенка и полученные алименты
- * Страхование по безработице
- * Компенсация в связи с травмой на производстве
- * Проценты, дивиденды или доходы по депозитным вкладам
- * Авторские гонорары или договоры об аренде (участков с целью добычи полезных ископаемых, для пастбищного животноводства, итд.)
- * Временном пособии
- * Выход на пенсию или нетрудоспособность работников железной дороги
- * Прочее (пожалуйста, опишите ниже)

Кто получает такой доход?	Кем приходится	Тип дохода (см. список выше)	Источник дохода	Даты получения дохода (от мм/гг до мм/гг)	Ежемесячная сумма

Раздел 3: Натуральный доход

1. Получаете ли вы или ваш супруг (ваша супруга) какие-то деньги, продукты питания, бесплатное жилье или помощь в оплате ваших счетов от кого-либо из лиц, указанных в Разделе 4?

Если да, заполните этот раздел.

Если нет – перейдите к Разделу 4.

Вид помощи	Как часто вы получаете помощь	Сумма помощи

2. Какова средняя ежемесячная сумма следующих домашних расходов: ипотека/арендная плата, страхование недвижимости, налоги на недвижимость, топливо для отопления, электричество, газ, вода, канализация, и вывоз мусора? \$ _____

3. Какова средняя ежемесячная сумма наличными, которую вы предоставляете на домашние расходы? \$ _____

Раздел 4: Сведения о проживающих совместно лицах

Укажите членов семьи, проживающих вместе с вами (включая супруга (супругу), родителя (родителей), детей и спонсора, если таковой имеется).

Имя Имя, инициал среднего имени, фамилия	Кем вам приходится это лицо?	Дата рождения (Месяц/день/год)	Номер социального страхования	Учащийся школы, с 1 по 12 классы?	Учащийся колледжа?
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Раздел 5: Засвидетельствование

Я подтверждаю, что предоставленная мной информация достоверна и правдива.

Подпись заявителя/получателя/доверенного лица	Дата
Подпись супруга (супруги)	Дата

*Доверенное лицо должно быть зарегистрировано отделом SSP штата Нью-Йорк, чтобы получить право подписи за получателя.

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 бесплатному номеру 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