

Formulario para Verificación de Ingresos

Apellido del beneficiario de SSP	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de identificación de la persona:
Nombre del representante asignado (si es pertinente)			

¿Quién es la persona que rellena este formulario?

 Beneficiario de SSP Representante designado Otro _____

RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS ADICIONALES PERTINENTES AL BENEFICIARIO Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales.

Sección 1: Ingreso devengado

¿Actualmente algún miembro de su grupo familiar (usted, su cónyuge o sus hijos) está(n) trabajando o tiene(n) un empleo estacional?

 Si responde «Si» llene esta sección: Si responde «No», pase a la Sección 2.

Incluya el ingreso de sus padres si usted es menor de 18 años o de 22 años de edad, no está casado y es estudiante de tiempo completo.

Nombre de la persona con empleo: _____

Empleador #1 Nombre _____

 Tipo de trabajo (marque todos los pertinentes): tiempo completo tiempo parcial
 por cuenta propia trabajo por día

 salario estacional anual \$ _____ salario anual en talleres protegidos \$ _____

Número de horas trabajadas por semana _____ Pago semanal antes de las deducciones \$ _____

 Fecha de inicio del empleo _____ Fecha en que termina el empleo _____
 (Si aún trabaja, ingrese N/A).

Nombre de la persona con empleo: _____

Empleador #2 Nombre _____

 Tipo de trabajo (marque todos los pertinentes): tiempo completo tiempo parcial
 por cuenta propia trabajo por día

 salario estacional anual \$ _____ salario anual en talleres protegidos \$ _____

Número de horas trabajadas por semana _____ pago semanal antes de las deducciones

 Fecha de inicio del empleo _____ Fecha en que termina el empleo _____
 (Si aún trabaja, ingrese N/A).

Si tiene empleadores adicionales que incluir, favor de adjuntar una hoja por separado.

Si usted es una persona ciega o incapacitada y ha incurrido en gastos necesarios para trabajar, y usted tiene que pagarlos, indique el tipo de gastos y el monto mensual:

Sección 2: Ingresos no devengados

¿Actualmente algún miembro de su grupo familiar (usted, su cónyuge o sus hijos) tiene(n) otros ingresos, **inclusive ingresos por alquiler**?

Si contestó «Si», llene esta sección.

Si contestó «No», vaya a la sección 3.

Incluya el ingreso de sus padres si usted es menor de 18 años o de 22 años de edad, no está casado y es estudiante de tiempo completo.

Tipos de ingreso no devengado-Se citan los siguientes ejemplos, aunque sin carácter limitativo:

- * Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Seguro Social por Incapacidad, o Seguro por Jubilación (monto mensual que recibe más primas de Medicare)
- * Beneficios del Seguro Social para sobrevivientes
- * Beneficios estatales por incapacidad
- * Beneficios a veteranos
- * Asignación militar
- * Ingresos por pensiones, jubilaciones o plan 401K
- * Ingresos por alquiler
- * Ingresos de empleo por cuenta propia

- * Sustento de menores y pensión alimenticia recibida
- * Seguro por desempleo
- * Compensación Laboral
- * Ingresos por intereses, dividendos o por CD
- * Ingresos por derechos de autor o contratos de alquiler
- * Asistencia temporal
- * Jubilación ferroviaria o por incapacidad
- * Otro (describa abajo)

¿Quién recibe este ingreso?	Parentesco	Tipo de ingreso (de la lista anterior)	Fuente del ingreso	Fecha de recibo de ingresos (de mes/año a mes/año)	Monto mensual recibido

SECCIÓN 3: Ingresos en especie

1. ¿Alguna persona, no indicada en la sección 4, le ha dado a usted o a su cónyuge dinero, alimentos, un lugar para vivir gratis o le ha ayudado a pagar sus facturas?

Si contestó «Si», llene esta sección. Si contestó «No», vaya a la sección 4.

Tipo de ayuda	¿Con qué frecuencia la recibe?	Monto de la ayuda

2. ¿Cuál es el monto promedio total mensual de los siguientes gastos del hogar: hipoteca o alquiler, seguro de vivienda, impuestos inmobiliarios, combustible para calefacción, electricidad, gas, agua, servicios de alcantarillado y remoción de desechos. \$ _____

3. ¿Cuál es su contribución promedio mensual en los gastos del hogar? \$ _____

SECCIÓN 4: Información sobre el grupo familiar

Nombre a todos los miembros de su familia que viven en su hogar (incluyendo a su cónyuge padres, hijos y al patrocinador (si es pertinente))

Nombre Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido	¿Cuál es su relación con esta persona?	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Número de Seguro Social	¿Está esta persona en la escuela, en grados K-12?	¿Está esta persona asistiendo a la universidad?
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 5: Certificación

Juro y/o afirmo so pena de perjurio que la información que he dado es correcta.

Firma del solicitante / beneficiario / Representante designado:	Fecha
Firma del cónyuge	Fecha

*El representante designado debe estar en los archivos del SSP de Nueva York para poder firmar a nombre del beneficiario.

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