

NYS OTDA ریاستی سپلیمنٹل پروگرام
آمدنی کی تصدیق کا فارم

فرد کا ID نمبر	درمیانی مختصر نام	پہلا نام	SSP وصول کنندہ کا آخری نام
نامزد نمائندے کا نام (اگر کوئی ہو)			

یہ فارم کون پُر کر رہا ہے؟
 SSP وصول کنندہ
 نامزد نمائندہ
 دیگر _____

مزید سوالات کے جوابات، ان کے SSP وصول کنندہ پر اطلاق کے مطابق دیں۔ اگر آپ کو مزید جگہ درکار ہو تو براہ مہربانی اضافی صفحہ منسلک کریں۔

سیکشن 1: کمائی ہوئی آمدنی

کیا آپ کے خاندان میں سے کوئی (آپ، آپ کے/کی شریک حیات اور/یا آپ کے بچے) موجودہ طور پر ملازمت یا عارضی ملازمت کر رہے ہیں؟
 ہاں، یہ سیکشن پُر کریں۔
 نہیں، سیکشن 2 پر جائیں۔

اگر آپ کی عمر 18 سال سے کم ہے یا اگر آپ 22 سال سے کم عمر، غیر شادی شدہ ہیں اور کل وقتی طالب علم ہیں تو اپنے والدین کی آمدنی شامل کریں۔

ملازمت کرنے والے فرد کا نام: _____

آجر # 1: نام _____

کام کی قسم (لاگو ہونے والے سبھی نشان زد کریں):
 کُل وقتی جُز وقتی ذاتی کام دیہاڑی دار مزدور

عارضی ملازمت کی سالانہ اجرت \$ _____
 شیلٹرز ورکشاپ کی سالانہ اجرت \$ _____

فی ہفتہ کتنے گھنٹے کام کیا _____
 کٹوتیوں سے قبل ہفتہ وار تنخواہ \$ _____

کام شروع ہونے کی تاریخ _____
 کام ختم ہونے کی تاریخ _____ (اگر ابھی ملازمت پر ہیں تو N/A درج کریں)۔

ملازمت کرنے والے فرد کا نام: _____

آجر # 2: نام _____

کام کی قسم (لاگو ہونے والے سبھی نشان زد کریں):
 کُل وقتی جُز وقتی ذاتی کام دیہاڑی دار مزدور

عارضی ملازمت کی سالانہ اجرت \$ _____
 شیلٹرز ورکشاپ کی سالانہ اجرت \$ _____

فی ہفتہ کتنے گھنٹے کام کیا _____
 کٹوتیوں سے قبل ہفتہ وار تنخواہ \$ _____

کام شروع ہونے کی تاریخ _____
 کام ختم ہونے کی تاریخ _____ (اگر ابھی ملازمت پر ہیں تو N/A درج کریں)۔

اگر آپ کے اور بھی آجر ہیں تو براہ مہربانی کاغذ کی ایک علیحدہ شیٹ منسلک کریں۔

اگر آپ نابینا یا معذور ہیں اور آپ کے ایسے اخراجات ہیں جو آپ کو کام کرنے کے قابل ہونے کے لیے ادا کرنے پڑتے ہیں تو براہ مہربانی اس خرچے کی قسم اور ماہانہ رقم فہرست زد کریں:

سیکشن 2: آمدنی جو کمائی نہیں گئی

کیا آپ کے خاندان میں سے کسی (آپ، آپ کے/کی شریک حیات اور/یا آپ کے بچے) کی کوئی اور آمدنی، بشمول کرائے کی صورت میں آمدنی ہے؟
 ہاں، یہ سیکشن پُر کریں۔
 نہیں، سیکشن 3 پر جائیں۔

اگر آپ کی عمر 18 سال سے کم ہے یا اگر آپ 22 سال سے کم عمر، غیر شادی شدہ ہیں اور کل وقتی طالب علم ہیں تو اپنے والدین کی آمدنی شامل کریں۔

آمدنی جو کمائی نہیں گئی کی اقسام - میں یہ شامل ہیں، لیکن یہ انہی تک محدود نہیں ہے:

* سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم (Supplemental Security Income, SSI)	* موصول ہونے والی اعانت اطفال یا خرچہ
* سوشل سیکیورٹی ڈس ایبلٹی یا ریٹائرمنٹ (آپ کو وصول ہونے والی ماہانہ آمدنی جمع Medicare کا پریمیم)	* بے روزگاری بیمہ
* سوشل سیکیورٹی سروائیور کی مراعات	* کارکنان کا معاوضہ
* معذوری کی ریاستی مراعات	* سود، ڈیویڈنڈ یا CD کی آمدنی
* سابق فوجیوں کی مراعات	* رائٹی یا ٹھیکہ (معدنیات، چراگاہ، وغیرہ)
* فوجی الاٹمنٹس	* ٹمپری اسسٹنس
* پنشنز، ریٹائرمنٹس یا 401K کی آمدنی	* ریل روڈ ریٹائرمنٹ یا معذوری
* کرائے سے آمدنی	* دیگر (براہ مہربانی نیچے وضاحت کریں)
* ذاتی کام سے آمدنی	

یہ آمدنی کون وصول کرتا ہے؟	رشتہ	آمدنی کی قسم (اوپر دی گئی فہرست سے)	ذریعہ آمدنی	آمدنی وصول ہونے کی تاریخیں (مہینہ/سال سے مہینہ/سال تک)	ماہانہ وصول ہونے والی رقم

سیکشن 3: غیر نقد آمدنی

1- کیا کوئی ایسے فرد جو سیکشن 4 میں درج نہیں، آپ یا آپ کے/کی شریک حیات کو پیسے، کھانا، رہنے کے لیے مفت جگہ دیتے ہیں یا آپ کے بلز کی ادائیگی میں مدد کرتے ہیں؟
 ہاں، یہ سیکشن پُر کریں۔
 نہیں، سیکشن 4 پر جائیں۔

مدد کی قسم	یہ مدد کتنے تواتر سے وصول ہوتی ہے	مدد کی رقم

2- آگے بیان کئے گئے گھریلو اخراجات کی اوسط کل مایانہ مالیت کتنی ہے: مارگیج/کرایہ، جائیداد کا بیمہ، جائیداد کے ٹیکسز، حرارت کے لیے ایندھن، بجلی، گیس، پانی، نکاسی آب اور کوڑا اٹھانا؟

\$ _____

3- گھریلو اخراجات میں سے آپ ذاتی طور پر کتنا اوسط کل مایانہ حصہ نقد صورت میں برداشت کرتے ہیں؟

\$ _____

سیکشن 4: گھرانے کی معلومات

براہ مہربانی اپنے گھر میں رہنے والے خاندان کے افراد کے ناموں کی فہرست درج کریں (بشمول آپ کے/کی شریک حیات، والدین، بچے اور اسپانسر، اگر کوئی ہو تو)۔

کیا یہ فرد کالج میں پڑھ رہے ہیں؟	کیا یہ فرد اسکول، گریڈ K تا 12، میں ہیں؟	سوشل سیکیورٹی نمبر	تاریخ پیدائش (مہینہ/دن/سال)	ان کا آپ کے ساتھ کیا رشتہ ہے؟	نام پہلا، درمیانی نام کا پہلا حرف، آخری
ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>				
ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>				
ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>				
ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>				
ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>				
ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>				
ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>				
ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>				

سیکشن 5: تصدیق

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میری فراہم کردہ معلومات درست اور سچ ہیں۔

تاریخ	درخواست گزار/وصول کنندہ/نامزد نمائندے کے دستخط
تاریخ	شریک حیات کے دستخط

*وصول کنندہ کی نمائندگی میں دستخط کرنے کے لیے نامزد نمائندے کا نام نیو یارک SSP کے پاس فائل میں درج ہونا چاہیے۔

اگر آپ اس خط کی تاریخ کے 30 دن کے اندر پُر شدہ فارم (فارمز) واپس نہیں بھیجتے تو آپ کے SSP کے فوائد متاثر ہو سکتے ہیں۔

اگر آپ کو فارم (فارمز) پُر کرنے میں مدد درکار ہو یا کوئی سوالات ہوں تو براہ مہربانی اس نمبر پر ہمیں مفت کال کریں 1-(855)-488-0541۔

براہ مہربانی درخواست کردہ معلومات اس پتے پر:

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

بذریعہ ڈاک بھجوائیں:

otda.sm.ssp@otda.ny.gov

بذریعہ ای میل اس پتے پر:

518-486-3459

یا بذریعہ فیکس اس نمبر پر بھجوائیں: