

紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室

團體護理變更報告表格

I. 文件返回說明

請將填寫完的表格返送回:

電郵: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

傳真: (518)486-3459

郵寄地址: SSI State Supplement Program
PO Box 1740
Albany, New York 12201



II. 客戶識別

姓名:	社會安全號碼（最後四位數）：	生日：
	XXX-XXX-	/ /
新住址：		
新郵寄位址(如與住址不同):		
新提供單位名稱和位址:	過去提供單位名稱和位址：	
郡縣：	郡縣：	
認證／持照／提供單位#	認證／持照／提供單位#	

III. 安置、轉移或其他變更性質

安置類別	護理類別(聯邦/州居住情況)	變更生效日
☐ 搬入 ☐ 遷出	1 級集體看護所-家庭護理 聯邦居住安排編碼 A，州碼 C	
☐ 搬入 ☐ 遷出	2 級集體看護所-居住護理 聯邦居住安排編碼 A，州碼 D	
☐ 搬入 ☐ 遷出	3 級集體看護所-加強居住護理 聯邦居住安排編碼 A，州碼 E	
☐ 搬入 ☐ 遷出	醫療設施 聯邦居住安排編碼 A/D，州碼 Z	
☐ 搬入 ☐ 遷出	社區或其他（請說明，如，去世）：	

團體護理變更報告表格

IV. 監護

誰負有未滿 18 歲以下兒童的監護權？	☐ 父母/監護人 ☐ 社會服務 ☐ 其他（請說明）
---------------------	---

V. 收入變更

收入類別: (如: 社會安全退休金, 社會安全殘障金, 退休金, 工資)	數額	收入變更日期

VI. 資產

可數資產總額等於: \$ _____ 有效日 _____

VII. 直接存款授權

☐ 作為居住人的收款人*, 我要求他/她的 SSP 福利直接存入下列銀行帳戶。 _____ (收款人簽名) *必須為 SSA 批准的代理收款人或 SSP 批准的指定代理收款人 (DR)。撥打 1-855-488-0541 申請成為 DR 收款人	☐ 我要求我的 SSP 福利直接存入下列銀行帳戶。 _____ (居住人簽名)
銀行名稱及地址 _____ 帳戶姓名: _____ 路由號碼 _____ 帳號 _____ 帳戶類別 ☐ 支票 ☐ 儲蓄	

VIII. 授權

姓名:	職務:
簽名: 日期:	電話:
	電子郵件:

有疑問或需要更多詳情？

1-855-488-0541

www.otda.ny.gov/programs/ssp