

Formulario para Informar Cambios - Cuidados Integrales en Grupo**I. Instrucciones de devolución**

Devuelva el formulario relleno a:

Por correo electrónico: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

Por fax: (518) 486-3459

Por correo: SSI State Supplement Program

PO Box 1740

Albany, New York 12201

**II. Datos del cliente**

Nombre:	Número de seguro social (últimos cuatro números): Fecha de nacimiento: XXX-XXX- / /
Nueva dirección de domicilio:	
Nueva dirección postal (si difiere del domicilio):	
Nombre y dirección del nuevo proveedor:	Nombre y dirección del antiguo proveedor:
Condado:	Condado:
Certificado / Licencia / # del proveedor	Certificado / Licencia / # del proveedor

III. Naturaleza de la ubicación, traslado u otro cambio

Tipo de ubicación	Tipo de Cuidado (Situación de Vivienda Federal o Estatal)	Fecha o fechas de vigencia del cambio
☐ Mudarse a ☐ Mudarse de	Cuidados integrales nivel 1 - Instalación familiar Situación de Vivienda Federal Código A, Estatal Código C	
☐ Mudarse a ☐ Mudarse de	Cuidados integrales nivel 2 - Instalación residencial Situación de Vivienda Federal Código A, Estatal Código D	
☐ Mudarse a ☐ Mudarse de	Cuidados integrales nivel 3 - Instalación residencial de cuidados especializados Situación de Vivienda Federal Código A, Estatal Código E	
☐ Mudarse a ☐ Mudarse de	Instalación médica Situación de Vivienda Federal Código A / D, Estatal Código Z	
☐ Mudarse a ☐ Mudarse de	Instalación comunitaria u otra situación (especifique, por ejemplo: fallecido)	

Formulario para Informar Cambios - Cuidados Integrales en Grupo**IV. Custodia**

Para niños menores de 18 años, ¿quién tiene la custodia determinada por una orden judicial?	☐ Padre / Tutor ☐ Servicios Sociales ☐ Otro (especifique) _____
---	---

V. Cambio en ingresos

Tipo de ingreso: (por ej. jubilación del Seguro Social, Seguro Social por Incapacidad, pensión, salarios)	Monto	Fecha de cambio de ingresos

VI. Recursos

Recursos totales contables iguales a: \$ _____ a partir del _____

VII. Autorización de depósito directo

☐ Como portador* para este residente, solicito que los beneficios de SSP de él o ella sean depositados en la cuenta bancaria que aparece a continuación. _____ (Firma del portador): *Esta persona debe ser el representante del beneficiario aprobado por el SSA, o un representante designado (DR) aprobado por el SSP. Si desea ser representante designado, llame al 1-855-488-0541	☐ Solicito que mis beneficios de SSP sean depositados en la cuenta bancaria que aparece a continuación. _____ (Firma del residente)
Nombre y dirección del banco _____	
Nombre en la cuenta: _____	
Número de acceso directo en cuenta (Routing number) _____	
Número de cuenta: _____	
Tipo de cuenta ☐ Corriente ☐ Ahorros	

VIII. Autorización

Nombre:	Título:
Firma:	Fecha: Teléfono:
Correo electrónico:	

¿Necesita más información o tiene más preguntas?

1-855-488-0541

www.otda.ny.gov/programs/ssp