

居住安排表

姓名 _____ PID _____

住址 _____
(街道或郵箱) (城市) (州) (郵遞區號)郵寄地址(如與住址不同) _____
(街道或郵箱) (城市) (州) (郵遞區號)

請告訴我們您開始目前居住安排的日期：(月/年) _____

請參照下列定義，勾選反映您目前居住安排的方塊。

☐ 獨居 – 如符合下列條件之一，則屬此類。

- 一個人住，或與領取 SSI 的配偶一起住；
- 僅與一名或多名養子女一起住；
- 僅與經社會服務處地區辦公室授權的主婦，或由醫療補助(Medicaid)計畫付費的生活助手一起住；
- 與其他人一起住，但支付「固定食宿費」或從所有其他住戶收取「固定食宿費」；
- 與其他人一起住，但每月的大多時候是在住所外吃飯；
- 與其他人一起住，但每月的大多時候是由自己單獨準備，或讓其他人單獨準備您的餐飯；
- 無永久性的居住安排，且未與由您負責的配偶或子女一起住。

☐ 與其他人一起住 – 如符合下列條件之一，則屬此類。

- 與不領取 SSI 的配偶一起住；
- 與其他人一起住，且與至少一名與您一起住的其他人共同準備餐飯；
- 住在宗教社區；
- 未滿 18 歲，採取除 1 級或 2 級聚集保健之外的任何其他居住安排；
- 無永久性的居住安排，與由您負責的不合格配偶或子女一起住。

☐ 聚集保健 – 如目前全月住在聚集保健(1 級、2 級或 3 級)或醫療保健設施中，請讓該設施中的某人向 SSP 管理局提交聚集保健變更表(LDSS-5023)。所有的 SSP 表格位於 www.otda.ny.gov/programs/ssp。如有任何疑問，請撥打我們的免費電話 1-855-488-0541。

我/我們瞭解，任何人蓄意假報或瞞報事實皆屬違法，並會受到聯邦法律、州法律或兩者的處罰。這裡的所有陳述據我/我們所知皆為事實。

申請人/領取人/代表簽名	日期	配偶簽名
X		X

必須將填妥的表格返回至 NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201，或傳送電子郵件至 otda.sm.ssp@otda.ny.gov，或傳真至：518-486-3459。