

Formulaire sur les conditions de vie

Nom _____

PID _____

 Adresse de résidence _____
 (Rue ou boîte postale) (Ville) (État) (Code postal)

 Adresse postale si différente de l'adresse de résidence _____
 (Rue ou boîte postale) (Ville) (État) (Code postal)
Veillez nous indiquer la date de début de vos conditions de vie actuelles :**(Mois/Année)** _____**À l'aide des définitions ci-dessous, veuillez cocher la case qui correspond le mieux à vos conditions de vie actuelles.**

- ☐ **Je vis seul(e)** – Vous entrez dans cette catégorie si vous remplissez l'une des conditions suivantes :
- Vous vivez seul(e) ou avec un(e) conjoint(e) bénéficiaire du SSI ;
 - Vous ne vivez qu'avec un ou plusieurs enfants en famille d'accueil ;
 - Vous vivez uniquement avec une aide familiale autorisée par le bureau de district des services sociaux ou une aide payée dans le cadre du programme d'assistance médicale (Medicaid) ;
 - Vous vivez avec d'autres personnes, mais vous payez un « montant forfaitaire pour le logement et la nourriture » ou vous percevez un « montant forfaitaire pour le logement et la nourriture » de la part de toutes les autres personnes vivant dans la résidence ;
 - Vous vivez avec d'autres personnes, mais vous prenez la majorité de vos repas pendant le mois en dehors de votre résidence ;
 - Vous vivez avec d'autres personnes, mais vous préparez ou faites préparer par quelqu'un d'autre la majorité de vos repas au cours du mois ;
 - Vous n'avez pas de conditions de vie permanentes et vous n'avez pas de conjoint(e) ou d'enfant à votre charge.
- ☐ **Je vis avec d'autres personnes** – Vous entrez dans cette catégorie si vous remplissez l'une des conditions suivantes :
- Vous vivez avec votre conjoint(e) qui ne perçoit **pas** de SSI ;
 - Vous vivez avec d'autres personnes et vous préparez des aliments en commun avec au moins une autre personne avec laquelle vous vivez ;
 - Vous vivez dans une communauté religieuse ;
 - Vous êtes âgé(e) de moins de 18 ans et vous vivez dans des conditions de vie autres que dans un établissement de soins collectifs de niveau 1 ou 2 ;
 - Vous n'avez pas de conditions de vie permanentes et vous êtes avec un(e) conjoint(e) ou un enfant non éligible dont vous êtes responsable.
- ☐ **Établissement de soins collectifs** – Si vous résidez actuellement dans un établissement de soins collectifs (niveau 1, 2 ou 3) **OU** dans un établissement de soins médicaux tout au long du mois, veuillez demander à une personne de l'établissement d'envoyer le Formulaire de modification de l'établissement de soins collectifs (LDSS-5023) au bureau du SSP. Tous les formulaires du SSP sont disponibles à l'adresse www.otda.ny.gov/programs/ssp. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous appeler au numéro gratuit 1-855-488-0541.

Je comprends/nous comprenons que toute personne qui ment ou déforme sciemment la vérité commet une infraction et peut être punie en vertu de la loi fédérale, de la loi de l'État, ou des deux. Tout ce qui figure dans cette déclaration est la vérité telle que je la connais/nous la connaissons.

Signature du (de la) demandeur(se)/bénéficiaire/représentant(e)	Date	Signature du (de la) conjoint(e)
X		X

Le formulaire dûment rempli doit être renvoyé à l'adresse **NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201**, ou par courrier électronique à l'adresse otda.sm.ssp@otda.ny.gov, ou par télécopie au : 518-486-3459.