

NYS OTDA স্টেট সম্পূরক কর্মসূচি
আয় যাচাইয়ের ফর্ম

SSP প্রাপকের পদবি	নাম	মধ্যম আদ্যক্ষর	ব্যক্তিগত আইডি নম্বর
মনোনীত প্রতিনিধির নাম (প্রযোজ্য হলে)			

কে এই ফর্মটি পূরণ করছে?
☐ SSP প্রাপক ☐ মনোনীত প্রতিনিধি ☐ অন্যান্য _____

এর পরের সকল প্রশ্নের জন্য SSP প্রাপকের জন্য প্রযোজ্য উত্তর দিন অনুগ্রহ করে একটি পৃথক কাগজ সংযুক্ত করে নিন যদি আপনার আরো জায়গা প্রয়োজন হয়।

সেকশন 1: উপার্জিত আয়

আপনার পরিবারের কেউ (আপনি, আপনার স্বামী/স্ত্রী এবং/অথবা আপনার সন্তান) কি বর্তমানে কাজ করছে বা মৌসুমীভাবে চাকরিরত? ☐ হ্যাঁ, এই অংশটি পূরণ করুন। ☐ না, সেকশন 2 এ যান।
আপনি 18 বছরের কম বয়সী হলে বা 22 বছরের কম বয়সী, অবিবাহিত, এবং পূর্ণকালীন শিক্ষার্থী হলে আপনার পিতামাতার আয় অন্তর্ভুক্ত করুন।

চাকরিরত ব্যক্তির নাম: _____

চাকরিদাতা #1: নাম _____

কাজের ধরন (প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক দিন): ☐ পূর্ণকালীন ☐ খণ্ডকালীন ☐ স্ব-নিযুক্ত ☐ দিনমজুর
☐ মৌসুমী বার্ষিক বেতন মার্কিন ডলার _____ ☐ শেল্টার্ড ওয়ার্কশপ বার্ষিক বেতন মার্কিন ডলার _____
প্রতি সপ্তাহে কাজের ঘণ্টা _____ কর্তনের পূর্বে সাপ্তাহিক বেতন মার্কিন ডলার _____
কাজ শুরুর তারিখ _____ কাজ শেষ হওয়ার তারিখ _____ (এখনো চাকরি থাকলে, N/A লিখুন)।

চাকরিরত ব্যক্তির নাম: _____

চাকরিদাতা #2: নাম _____

কাজের ধরন (প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক দিন): ☐ পূর্ণকালীন ☐ খণ্ডকালীন ☐ স্ব-নিযুক্ত ☐ দিনমজুর
☐ মৌসুমী বার্ষিক বেতন মার্কিন ডলার _____ ☐ শেল্টার্ড ওয়ার্কশপ বার্ষিক বেতন মার্কিন ডলার _____
প্রতি সপ্তাহে কাজের ঘণ্টা _____ কর্তনের পূর্বে সাপ্তাহিক বেতন মার্কিন ডলার _____
কাজ শুরুর তারিখ _____ কাজ শেষ হওয়ার তারিখ _____ (এখনো চাকরি থাকলে, N/A লিখুন)।

আপনার আরো চাকরিদাতা থাকলে, অনুগ্রহ করে একটি পৃথক কাগজ সংযুক্ত করুন।

আপনি যদি অন্ধ বা প্রতিবন্ধী হন এবং কাজ করতে পারার জন্য আপনার কিছু খরচ করতে হয়, অনুগ্রহ করে ব্যয়ের ধরন এবং মাসিক পরিমাণ তালিকাভুক্ত করুন।

সেকশন ২: অনুপার্জিত আয়

আপনার পরিবারের কারো (আপনি, আপনার স্বামী/স্ত্রী এবং/অথবা আপনার সন্তান) কি অন্য কোনও আয় রয়েছে যেমন **ভাড়ার আয়**? ☐ হ্যাঁ, এই অংশটি পূরণ করুন। ☐ না, সেকশন ৩ এ যান।

আপনি ১৮ বছরের কম বয়সী হলে বা ২২ বছরের কম বয়সী, অবিবাহিত, এবং পূর্ণকালীন শিক্ষার্থী হলে আপনার পিতামাতার আয় অন্তর্ভুক্ত করুন।

অনুপার্জিত আয়ের ধরন - যার মধ্যে এগুলি আছে কিন্তু যা এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়:

* সম্পূরক সিকিউরিটি আয় (Supplemental Security Income, SSI) সোশ্যাল সিকিউরিটি ডিজ্যাবিলিটি বা অবসর (আপনার প্রাপ্ত মাসিক অর্থ যোগ মেডিকেয়ার প্রিমিয়াম) * সোশ্যাল সিকিউরিটি সার্ভাইভারের ভাতা * স্টেটের ডিজ্যাবিলিটি ভাতা * ভেটেরানদের ভাতা * মিলিটারি অ্যালটমেন্ট * পেনশন, অবসর বা 401K আয় * ভাড়ার আয় * স্ব-নিযুক্তির আয়	* চাইল্ড সাপোর্ট এবং প্রাপ্ত অ্যালিমনি * বেকার বীমা * কর্মীর ক্ষতিপূরণ * সুদ, ডিভিডেন্ড বা CD আয় * রয়্যালটি বা লিজ (মিনারেল, পশুচারণ, ইত্যাদি) * টেম্পোরারি অ্যাসিস্টেন্স * রেলরোড অবসর বা ডিজ্যাবিলিটি * অন্যান্য (অনুগ্রহ করে নিচে বর্ণনা করুন)
--	--

এই আয়টি কার?	সম্পর্ক	আয়ের ধরন (উপরের তালিকা থেকে)	আয়ের উৎস	আয় গ্রহণের তারিখ (mm/yy থেকে mm/yy)	গৃহীত মাসিক অর্থ

সেকশন ৩ পণ্য বা পরিষেবার মাধ্যমে আয়

১. সেকশন ৪ এ তালিকাভুক্ত নয় এমন কেউ কি আপনাকে বা আপনার স্বামী/স্ত্রীকে কোনও অর্থ, খাদ্য, বিনামূল্যের বসবাসের স্থান প্রদান করে বা আপনার বিল পরিশোধে সাহায্য করে?
☐ হ্যাঁ, এই অংশটি পূরণ করুন। ☐ না, সেকশন ৪ এ যান।

সাহায্যের ধরন	কত ঘন ঘন সাহায্য পাওয়া যায়	সাহায্যের পরিমাণ

২. নিম্নের গৃহস্থালি ব্যয়ের গড় মোট মাসিক পরিমাণ কত: মর্টগেজ/ভাড়া, সম্পত্তির বীমা, সম্পত্তির কর, হিটিং জ্বালানি, বিদ্যুৎ, গ্যাস, পানি, বর্জ্য, এবং ময়লা অপসারণ?

মার্কিন ডলার _____

৩. গৃহস্থালি ব্যয়ে আপনার গড় মোট মাসিক নগদ অবদান কত?

মার্কিন ডলার _____

সেকশন 4: গৃহস্থালির তথ্য

অনুগ্রহ করে আপনার গৃহস্থালিতে বসবাসরত পরিবারের সদস্যদের তালিকাভুক্ত করুন (আপনার স্বামী/স্ত্রী, পিতামাতা, সন্তান এবং প্রযোজ্য হলে স্পন্সরকে অন্তর্ভুক্ত করুন)।

নাম প্রথম, মধ্যবর্তী আদ্যাক্ষর, পদবি	আপনার সাথে এই ব্যক্তির সম্পর্ক কী?	জন্ম তারিখ (মাস/দিন/ বছর)	সোশ্যাল সিকিউরি টি নম্বর	এই ব্যক্তি কি স্কুলে পড়ে, K-12 গ্রেডে?	এই ব্যক্তি কি কলেজে যাচ্ছে?
				☐ কলেজে যাচ্ছে? ☐ না	☐ কলেজে যাচ্ছে? ☐ না
				☐ কলেজে যাচ্ছে? ☐ না	☐ কলেজে যাচ্ছে? ☐ না
				☐ কলেজে যাচ্ছে? ☐ না	☐ কলেজে যাচ্ছে? ☐ না
				☐ কলেজে যাচ্ছে? ☐ না	☐ কলেজে যাচ্ছে? ☐ না
				☐ কলেজে যাচ্ছে? ☐ না	☐ কলেজে যাচ্ছে? ☐ না
				☐ কলেজে যাচ্ছে? ☐ না	☐ কলেজে যাচ্ছে? ☐ না
				☐ কলেজে যাচ্ছে? ☐ না	☐ কলেজে যাচ্ছে? ☐ না
				☐ কলেজে যাচ্ছে? ☐ না	☐ কলেজে যাচ্ছে? ☐ না

সেকশন 5: প্রত্যয়ন

আমি প্রত্যয়ন করছি যে আমার প্রদত্ত সকল তথ্য সঠিক এবং সত্য।

আবেদক/প্রাপক/মনোনীত প্রতিনিধির স্বাক্ষর	তারিখ
স্বামী/স্ত্রীর স্বাক্ষর	তারিখ

* প্রাপকের পক্ষে স্বাক্ষর করার জন্য মনোনীত প্রতিনিধিকে অবশ্যই নিউ ইয়র্ক SSP-র ফাইলে থাকতে হবে।

আপনি যদি এই চিঠির তারিখের 30 দিনের মধ্যে পূরণকৃত ফর্ম(সমূহ) ফেরত না দেন, তাহলে আপনার SSP ভাতা প্রভাবিত হতে পারে।

আপনার যদি ফর্ম(সমূহ) পূরণ করতে সাহায্য প্রয়োজন হয়, অনুগ্রহ করে আমাদেরকে টোলমুক্ত নম্বর 1-(855)-488-0541 এ ফোন করুন।

অনুগ্রহ করে অনুরোধকৃত তথ্য ফেরত দিন:

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

ইমেইলের মাধ্যমে: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

বা ফ্যাক্স করে: 518-486-3459