

## 收入核實表格

|              |   |          |      |
|--------------|---|----------|------|
| SSP領取人姓氏     | 名 | 中間名首字母縮寫 | 人員ID |
| 指定代理人姓名(如適用) |   |          |      |

填寫表格人是誰？

☐ SSP 領取人☐ 指定代理人☐ 其他

回答以下所有適用於SSP領取人的問題。如果空間不夠，請另加附紙頁。

**第1欄：工作收入**

您加任何人（您本人、配偶和／或子女）目前是否工作或季節性受雇

☐ 是，填寫本部分。☐ 否，繼續從第2部分填寫。

如不滿18歲，或不滿22歲，未婚，並為全時學生，填入父母收入。

工作人士姓名:\_\_\_\_\_

雇主#1:名稱\_\_\_\_\_

工作類型(請勾選所有適用項): ☐ 全日制 ☐ 兼職 ☐ 自雇 ☐ 按日☐ 季節工每年工資\$\_\_\_\_\_☐ 居留工廠每年工資\$\_\_\_\_\_

每週工作時數\_\_\_\_\_

每週減扣前工資\$\_\_\_\_\_

開始工作日\_\_\_\_\_

結束工作日\_\_\_\_\_（如仍在工作，填N/A）。

工作人士姓名:\_\_\_\_\_

雇主#2:\_\_\_\_\_名稱

工作類型(請勾選所有適用項): ☐ 全日制 ☐ 兼職 ☐ 自雇 ☐ 按日☐ 季節工每年工資\$\_\_\_\_\_☐ 居留工廠每年工資\$\_\_\_\_\_

每週工作時數\_\_\_\_\_

每週減扣前工資\$\_\_\_\_\_

開始工作日\_\_\_\_\_

結束工作日\_\_\_\_\_（如仍在工作，填N/A）。

如果還有更多家主，請另加附紙頁。

如果您失明或殘障或有與工作有關的花費,請列出花費類別及每月金額:

\_\_\_\_\_

**部份2:非工作收入**

您家任何人（您本人、配偶和／或子女）是否有其他收入，**包括出租收入**？

☐ 是，請填寫本欄。

☐ 否，從第3部份填寫

如不滿18歲，或不滿22歲，未婚，並為全時學生，填入父母收入。

**非工作收入—包括，但不僅限於：**

\* 社會安全輔助收入（SSI）社會安全殘障或退休金（每月收到金額加上醫療照顧保費）  
 \* 社會安全遺屬福利  
 \* 州殘障福利：  
 \* 退伍軍人福利  
 \* 軍人津貼  
 \* 養老金，退休金或401K收入  
 \* 租金收入  
 \* 自雇收入

\* 兒童撫養費及贍養費收得款  
 \* 失業保險  
 \* 工傷保險福利  
 \* 利息，紅利或CD收入  
 \* 使用特許權或租賃（礦場，牧場，等）  
 \* 臨時援助  
 \* 鐵路退休金或殘障福利  
 \* 其它（請于下方說明）

| 收款人<br>？ | 與您關係 | 收入類型<br>（根據上述列單） | 收入<br>來源 | 收到日期<br>（從月/年/月至月/年/年） | 每月收到金額 |
|----------|------|------------------|----------|------------------------|--------|
|          |      |                  |          |                        |        |
|          |      |                  |          |                        |        |
|          |      |                  |          |                        |        |
|          |      |                  |          |                        |        |
|          |      |                  |          |                        |        |
|          |      |                  |          |                        |        |

**第3欄：實物收入**

1. 是否有列於第4欄的任何人士向您或您的配偶贈送錢財、食物、住房或幫助您支付帳單？

☐ 是，請填寫本欄。

☐ 否，從第4部份填寫。

| 幫助類型 | 多久得到一次幫助？ | 幫助總額 |
|------|-----------|------|
|      |           |      |
|      |           |      |
|      |           |      |
|      |           |      |
|      |           |      |

2. 每月下列家庭開支平均總額是：房貸/租金，地產保險，地產稅，取暖燃料，電，天然氣，水，排汙，以及垃圾清理費？

\$

3. 您支付的每月家庭開支現金額是多少？

\$

**第4欄：家庭成員資訊**

列舉同住家庭成員（包括配偶，父母，孩子及其配偶，如適用）。

| 姓名<br>名，中間名縮寫，姓 | 此人與您是什麼<br>關係？ | 生日<br>(月/天/年) | 社會安全號 | 此人是否在校<br>就讀，K-12？                                    | 此人是否就讀大<br>學？                                         |
|-----------------|----------------|---------------|-------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|                 |                |               |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|                 |                |               |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|                 |                |               |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|                 |                |               |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|                 |                |               |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|                 |                |               |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|                 |                |               |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|                 |                |               |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

**第5欄：認證**

我發誓於此提供的資訊均為準確而真實。

|                 |    |
|-----------------|----|
| 申請人／令用人／指定代理人簽名 | 日期 |
| 配偶簽名            | 日期 |

\*指定代理人必須為紐約州 SSP記錄在案，才可替領取人簽名。

收到本函30日內如果未寄還應填寫完整的表格，您的SSP福利可能會受影響。

如果需要協助填寫表格，請撥打1-(855)-488-0541與我們聯繫。

請將所要求的資訊寄至：

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

電子郵件：[otda.sm.ssp@otda.ny.gov](mailto:otda.sm.ssp@otda.ny.gov)

或傳真至： 518-486-3459