

ניו יארק סטעיט OTDA סטעיט סופלעמענט פראגראם

איינגעארדנטע וואוינונג פארעם

נאמען _____ PID _____

וואוינארט אדרעס _____

(גאס אדער PO Box) (סיטי) (סטעיט) (זיפ קאוד)

פאסט אדרעס אויב אנדערש ווי וואוינונג אדרעס _____

(גאס אדער PO Box) (סיטי) (סטעיט) (זיפ קאוד)

ביטע זאגט אונדז דעם דאטום וואס אייער קוראנטע איינגעארדנטע וואוינונג האט זיך אנגעהויבן: (חודש/יאר) _____**ניצנדיג די די אפטייטשונגען אונטן, ביטע צייכט אפ דאס קעסטל וואס צייגט אמבעסטן אייער קוראנטע איינגעארדטע וואוינארט.** **וואוינט אליין** - איר פאסט אריין אין דער קאטעגאריע אויב איר באפרידיגט איינע פון די פאלגנדע תנאים:

- איר וואוינט פיזיש אליין אדער מיט א מאן/ווייב וואס באקומט SSI;
- איר וואוינט מיט א פאסטער קינד אדער פאסטער קינדער;
- איר וואוינט נאר מיט א שטובפירער וואס איז געווארן באשטעטיגט ביי די סאציאלע סערוויסעס דיסטריקט אפיס אדער א באצאלטער העלפער דורך א מעדיצינישע הילף (מעדיקעיד) פראגראם;
- איר וואוינט מיט אנדערע, נאר איר באצאלט אן "איינהייטלעכער פרייז פאר עסן און שלאפן" אדער באקומט אן "איינהייטלעכער פרייז פאר עסן און שלאפן" פון אלע אנדערע אין דער וואוינונג;
- איר וואוינט מיט אנדערע אבער די מערסטע מאלצייטן איבערן חודש ווערן געגעסן אויסער אייער וואוינונג;
- איר וואוינט מיט אנדערע אבער איר גרייט צו באזונדער אדער האט איינעם וואס גרייט צו באזונדער די מערסטע מאלצייטן איבערן חודש;
- איר האט נישט קיין פערמענאנטע איינגעארדנטע וואוינונג און איר האט נישט קיין מאן/ווייב אדער קינד פאר וועמען איר זענט פאראנטווארטלעך.

 וואוינט מיט אנדערע - איר פאסט אריין אין דער קאטעגאריע אויב איר באפרידיגט איינע פון די פאלגנדע תנאים:

- איר וואוינט מיט אייער מאן/ווייב וואס באקומט נישט SSI;
- איר וואוינט מיט אנדערע און איר גרייט צו עסן צוזאמען מיט כאטש איינעם וואס וואוינט מיט אייך;
- איר וואוינט אין א רעליגיעזע קאמיוניטי;
- איר זענט אונטער 18 יאר אלט אין סיי וועלכע איינגעארדנטע וואוינונג וואס איז נישט קאנגרעגעט שטאפל 1 אדער 2;
- איר האט נישט קיין פערמענאנטע איינגעארדנטע וואוינונג און איר זענט מיט א נישט פאסיגע מאן/ווייב אדער קינד פאר וועמען איר זענט פאראנטווארטלעך.

 קאנגרעגעט קעיר - אויב איר וואוינט יעצט אין קאנגרעגעט קעיר (שטאפל 1, 2, אדער 3) אדער אין א מעדיקל

קעיר פאסיליטי דורכן חודש, ביטע בעט איינעם פון דער פאסיליטי איינצוגעבן דעם קאנגרעגעט קעיר אויסטויש

פארעם (LDSS-5023) צו דער SSP ביורא. אלגעמיינע SSP פארעם זענען דא צו באקומען ביי

www.otda.ny.gov/programs/ssp. ביטע רופט אונדז אומזיסט 1-855-488-0541 אויב איר האט פראגעס.

איר/מיר פארשטיי(ען) אז יעדער וואס זאגט ליגנט וויסעדיגעהייט אדער טוט פאלש רעפרעזענטירן דעם אמת באגייט א פארברעכן און קענט געשטראפט ווערן לויט די פעדעראלע געזעץ, סטעיט געזעץ, אדער ביידע. אלעס וואס שטייט אין דער דעקלאראציע איז אמת אמבעסטן וואס איר/מיר ווייס(ן).

אפליקאנט/דערהאלטער/רעפרעזענטעטיוו אונטערשריפט	דאטום	מאן/ווייבס אונטערשריפט
X		X

דער אויסגעפילטער פארעם מוז ווערן צוריקגעשיקט צו NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY

12201, אדער דורך אימעיל אין otda.sm.ssp@otda.ny.gov, אדער דורך א פאקס צו: 518-486-3459.