

NYS OTDA 州輔助計畫
指定代表表格

SSP 領取人姓名	身份 ID 號碼:
-----------	-----------

指定、更換、或終止指定代表

我需進行（勾選一個方格）

- ☐ 指定新的指定代表
- ☐ 更換指定代表
- ☐ 終止指定代表任命
- ☐ 改動指定代表許可範圍

指定代表姓名：	
地址：	電話號碼：

指定代表許可範圍

我要求指定代表提供以下服務：

- ☐ 擔任代領人並收領和管理我的每月 SSP 福利*
- ☐ 于公平聽證會代表我
- ☐ 代表我提供或領取資訊

***重要資訊:** 如果銀行帳戶資訊有變，必須填寫內附直接存款表格。

SSP 領取人簽名：	如領取人不能簽名，證人于此簽名。證人不可同時為指定代表
X	X
簽名日期：	簽名日期：

指定代表宣誓

作為上述 SSP 領取人的指定代表，我宣誓，我以閱讀並理解“SSP 指定代表人權力及責任表格”中所述所有條款。我宣誓，上述資訊均為屬實，並確認我將遵從所有規定。

指定代表簽名	簽名日期：
X	

服務終止

如希望終止指定代表服務，請于下方正楷填寫並簽名。

本人, _____, 希望終止擔任上述領取人的指定代表之服務責任。我已通知領取人我的服務終止，並建議領取人進行銀行帳戶更改。

指定代表簽名 X	簽名日期：
--------------------	-------

請將本表格寄回

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

發送電子郵件至: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

或傳真至:518-486-3459