

Modulo per rappresentante designato

Nome del beneficiario di SSP:	N. identificativo personale:
-------------------------------	------------------------------

Nomina, cambiamento o cessazione dell'incarico del rappresentante designatoDesidero fare quanto segue (*spuntare una casella*):

- ☐ Nominare un nuovo rappresentante designato ☐ Cambiare il mio rappresentante designato
- ☐ Revocare l'incarico del mio rappresentante designato
- ☐ Cambiare i permessi per il mio rappresentante designato corrente

Nome del rappresentante designato:	
Indirizzo:	Numero di telefono:

Livelli di permessi del rappresentante designato

Chiedo che il mio rappresentante designato fornisca i seguenti servizi:

- ☐ Svolga le mansioni di mio Creditore e riceva e gestisca i miei Benefici mensili SSP*
- ☐ Mi rappresenti nel corso di udienze imparziali
- ☐ Fornisca e riceva informazioni in mia vece

***INFORMAZIONI IMPORTANTI:** *L'incluso modulo di deposito diretto deve essere completato se le informazioni sul conto bancario cambieranno.*

Firma del beneficiario di SSP:	Firma del testimone se il beneficiario non è in grado di firmare. <i>Il testimone non può essere il rappresentante designato.</i>
X	X
Data della firma:	Data della firma:

Certificazione del rappresentante designato

In qualità di rappresentante designato per il suddetto beneficiario di SSP, certifico di avere letto e di essere d'accordo con tutte le clausole contenute nel modulo DIRITTI E RESPONSABILITÀ DEI RAPPRESENTANTI DESIGNATI PER SSP. Certifico che le suddette informazioni sono corrette, e con il presente documento affermo che sono in osservanza dei seguenti requisiti:

Firma del rappresentante designato:	Data della firma:
X	

Cessazione dei servizi

Se si desidera cessare i propri servizi come rappresentante designato, scrivere il proprio nome a stampatello e firmare qui di seguito.

Il sottoscritto, _____, desidera cessare i propri servizi come rappresentante designato per il suddetto beneficiario. Dichiaro di aver notificato al beneficiario la cessazione dei propri servizi e aver invitato il beneficiario ad effettuare i necessari cambiamenti bancari.

Firma del rappresentante designato: X	Data della firma:
---	-------------------

Inviare questo modulo a:

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

via e-mail a: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

OPPURE via fax al: 518-486-3459