

Formularz dotyczący wyznaczonego przedstawiciela

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy SSP:	Nr identyfikacyjny:
--	---------------------

Powołanie, zmiana lub odwołanie wyznaczonego przedstawiciela

Chcę (zaznaczyć jedną odpowiedź):

- ☐ Powołać nowego wyznaczonego przedstawiciela ☐ Zmienić wyznaczonego przedstawiciela
- ☐ Odwołać wyznaczonego przedstawiciela
- ☐ Zmienić uprawnienia mojego obecnego wyznaczonego przedstawiciela

Imię i nazwisko wyznaczonego przedstawiciela:	
Adres:	Numer telefonu:

Poziom uprawnień wyznaczonego przedstawiciela

Proszę, aby mój wyznaczony przedstawiciel świadczył następujące usługi:

- ☐ Występował jako odbiorca świadczeń i odbierał moje comiesięczne świadczenia SSP oraz nimi zarządzał*
- ☐ Reprezentował mnie na postępowaniu wyjaśniającym
- ☐ Podawał i odbierał informacje w moim imieniu

*** WAŻNE:** *Jeżeli dane bankowe ulegną zmianie, należy wypełnić załączony formularz danych do przelewu.*

Podpis świadczeniobiorcy SSP:	Podpis świadka, jeżeli świadczeniobiorca nie może podpisać. <i>Świadkiem nie może być wyznaczony przedstawiciel.</i>
X	X
Data złożenia podpisu:	Data złożenia podpisu:

Oświadczenie wyznaczonego przedstawiciela

Jako wyznaczony przedstawiciel wyżej wymienionego świadczeniobiorcy SSP zaświadczam, że znam i akceptuję wszystkie postanowienia zawarte w formularzu SSP zatytułowanym PRAWA I OBOWIĄZKI WYZNACZONYCH PRZEDSTAWICIELI.

Oświadczam, że powyższe informacje są prawidłowe i niniejszym potwierdzam, że będę przestrzegać następujących wymagań:

Podpis wyznaczonego przedstawiciela:	Data złożenia podpisu:
X	

Rezygnacja

Jeżeli wyznaczony przedstawiciel chce zrezygnować z pełnionej roli, powinien wpisać swoje imię i nazwisko drukowanymi literami i złożyć podpis.

Ja, _____, chcę zrezygnować z roli wyznaczonego przedstawiciela wymienionego wyżej świadczeniobiorcy. Świadczeniobiorca został powiadomiony o mojej rezygnacji oraz o konieczności dokonania zmiany danych bankowych.

Podpis wyznaczonego przedstawiciela: X	Data złożenia podpisu:
--	------------------------

Formularz odesłać na adres:

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

pocztą elektroniczną na adres: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

LUB faksem pod numer: 518-486-3459