

Форма о назначении доверенного лица

Имя и фамилия получателя SSP:	Номер ID лица:
-------------------------------	----------------

Назначение, изменение или отмена доверенного лицаЯ хочу сделать следующее: *(отметьте только одну клетку)*

- | | |
|---|---|
| ☐ Назначить новое доверенное лицо | ☐ Изменить доверенное лицо |
| ☐ Отменить назначение моего доверенного лица | |
| ☐ Изменить полномочия моего доверенного лица | |

Имя и фамилия доверенного лица:	
Адрес:	Номер телефона:

Уровень полномочий доверенного лица:

Я прошу мое доверенное лицо предоставлять следующие услуги:

- | |
|--|
| ☐ Выступать в качестве лица уполномоченного к получению и распоряжению моими выплатами SSP* |
| ☐ Представлять мои интересы на беспристрастном слушании |
| ☐ Предоставлять и получать информацию от моего имени |

***ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:** *необходимо заполнить прилагаемую форму прямого депозита если вы планируете изменить банковскую информацию.*

Подпись получателя SSP X	Подпись свидетеля если невозможно получить подпись получателя. <i>Свидетель не может одновременно являться доверенным лицом.</i> X
Дата подписи:	Дата подписи:

Засвидетельствование доверенного лица:

Будучи доверенным лицом вышеуказанного получателя SSP, я подтверждаю, что ознакомился (ознакомилась) и согласен (согласна) со всеми положениями формы "ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА ПО ПРОГРАММЕ SSP". Я подтверждаю, что вышеуказанная информация является достоверное и настоящим заверяю, что буду выполнять следующие требования:

Подпись доверенного лица: X	Дата подписи:
---	---------------

Аннулирование предлагаемых услуг

Если вы хотите аннулировать свои услуги в качестве доверенного лица, пожалуйста впишите свое имя и фамилию и поставьте подпись ниже.

Я, _____, прошу аннулировать мои услуги в качестве доверенного лица вышеуказанного получателя. Получатель получил уведомление об аннулировании моих услуг и рекомендации об изменении банковской информации.

Подпись доверенного лица: X	Дата подписи:
---	---------------

Верните заполненную форму на адрес:

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

или по электронной почте: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

или по ФАКСУ на номер 518-486-3459