

Formulario para Representante Designado

Nombre del beneficiario de SSP:	Número de Identificación de la Persona:
---------------------------------	---

Nombramiento, cambio o terminación como representante designado

Quiero hacer lo siguiente (marque una casilla):

- ☐ Nombrar a un nuevo representante designado ☐ Cambiar mi representante designado
- ☐ Terminación de nombramiento como mi representante designado
- ☐ Cambiar la autorización de mi representante designado actual

Nombre del representante designado:	
Dirección:	Número de teléfono:

Grado de autorización del representante designado

Solicito que mi representante designado proporcione los siguientes servicios:

- ☐ Actúe como mi beneficiario, reciba y maneje mis beneficios SSP mensuales*
- ☐ Me represente en Audiencias Imparciales
- ☐ Proporcione y reciba información a mi nombre

***INFORMACIÓN IMPORTANTE:** El formulario de Depósito Directo que se adjunta debe ser rellenado si su información bancaria va a cambiar

Firma del beneficiario de SSP:	Firma de testigos si el beneficiario no sabe firmar. <i>El testigo no puede ser el representante designado.</i>
X	X
Firmado el día:	Firmado el día:

Certificación del Representante Designado

Como representante designado del beneficiario de SSP mencionado anteriormente, certifico que he leído y estoy de acuerdo con todas las disposiciones contenidas en el formulario de «DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL REPRESENTANTE DESIGNADO DE SSP». Afirmo que la información suministrada arriba es correcta, y por la presente declaro que cumpliré con los siguientes requisitos:

Firma del representante designado:	Firmado el día:
X	

Terminación de servicios

Si usted decide dejar de prestar sus servicios como representante designado, escriba su nombre en letra de imprenta y firme abajo.

Yo, _____ deseo terminar mis servicios como representante designado del beneficiario mencionado anteriormente. Le he notificado al beneficiario sobre la terminación de mis servicios y le he recomendado que haga los cambios necesarios en el banco.

Firma del representante designado:

X

Firmado el día:

Regrese este formulario a:

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

Por correo electrónico a: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

Por fax: 518-486-3459