

Программа штата Нью-Йорк по оказанию дополнительной помощи (SSP)

Бланк регистрации на прямой депозит

Инструкции:

- Для заполнения лицами, получающими только пособия SSP. Лица, получающие пособия по федеральной программе SSI должны связаться с Администрацией социального страхования (SSA).
- Заполните эту форму **ТОЛЬКО** в том случае, если вы хотите зарегистрироваться на получение пособий прямым депозитом на ваш счет. Необходимо заполнить **ОБЕ** части.
- Отправьте заполненную форму по адресу: NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201; либо по **ФАКСУ** на номер 518-486-3459; либо по **электронной почте** отправьте лично подписанную форму на адрес otda.sm.ssp@otda.ny.gov
- Если у вас есть вопросы, звоните в **Центр поддержки клиентов программы SSP по номеру 1-855-488-0541.**

Необходимо предоставить всю следующую информацию. Если вы не предоставите КАКУЮ-ЛИБО информацию, вам вернут форму для повторного заполнения.

Имя и фамилия получателя _____ Номер телефона в течение дня (____) _____ - _____
Фамилия Имя Иници. среднего имени

Адрес для переписки получателя _____

Город _____ Штат _____ Индекс _____

Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ) ____ / ____ / _____ Последние 4 цифры номера SSN XXX -XX- _____

Настоящим подтверждаю, что я имею право на получение пособий, относящихся к Программе штата Нью-Йорк по оказанию дополнительной помощи (SSP). Подписывая эту форму, я даю разрешение Программе SSP направлять мое пособие в нижеуказанное финансовое учреждение для прямого депозита на счет, указанный финансовым учреждением. Разрешение действительно пока я не предоставлю письменное заявление о прекращении его действия.

Имя и фамилия печатными буквами _____ Подпись _____ Дата _____

ИНФОРМАЦИЯ О СЧЕТЕ

Просьба принести эту форму в ваш банк или кредитный союз для заполнения нижеследующей информации. По желанию вы можете предоставить аннулированный чек (не начальный) с вашими именем, фамилией и адресом, либо бланк депозита на счет, содержащий ваше имя, фамилия и адрес.

Этот счет **НЕ МОЖЕТ БЫТЬ** доверительным счетом ЛИБО счетом в иностранном банке

Информация о счете: ☐ Чековый ☐ Сберегательный

Счет зарегистрирован на: _____ Родство с получателем: _____

Информация о банке: Название финансового учреждения (банка или кредитного союза): _____

Адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Номер счета _____ код банка _____

Будучи представителем вышеуказанного финансового учреждения, я подтверждаю, что настоящее финансовое учреждение может принимать платежи АСН, и, таким образом, получит и разместит выплату пособия на вышеуказанном счете в соответствии с Частью 102 Кодекса норм и правил штата Нью-Йорк с обязанностью соблюдать данные правила. Выплаты, размещенные на вышеуказанном счете будут сразу же доступны вкладчику.

Подпись доверенного лица _____

Имя и фамилия доверенного лица печатными буквами _____

Дата _____