

برنامج الضمان الحكومي التكميلي في مكتب الدعم المؤقت ودعم أصحاب الإعاقة لولاية نيويورك
نموذج إلغاء للإيداع المباشر

التعليمات:

- يعبأ هذا النموذج من قبل الأفراد الذين يحصلون على فوائد برنامج الضمان الحكومي التكميلي فقط. يجب على الأفراد الذين يتلقون فوائد دخل الضمان التكميلي الفيدرالية أن يقوموا بالتواصل مع إدارة الضمان الاجتماعي.
- قم بتعبئة هذا النموذج فقط إذا كنت ترغب في إلغاء الإيداع المباشر.
- يعاد النموذج المعبأ إلى برنامج الضمان الحكومي التكميلي في مكتب الدعم المؤقت ودعم أصحاب الإعاقة لولاية نيويورك، ص.ب. 1740، ألباني نيويورك 12201؛ أو عبر الفاكس إلى: 518-486-3459؛ أو قم بإرسال إيميل يحتوي النموذج الموقع يدوياً otda.sm.ssp@otda.ny.gov والممسوح ضوئياً إلى
- للإستفسارات، قم من فضلك بالتواصل مع مركز خدمات العملاء لبرنامج الضمان الحكومي التكميلي على الرقم 1-855-488-0541.

☐ أود إلغاء إنضمامي في الإيداع المباشر.

اسم المتلقي تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) _____

آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي XXX-XX-_____ رقم الهاتف الأساسي _____ - _____ ()

العنوان البريدي للمتلقى _____

المدينة _____

الولاية _____ رمز الولاية _____

المعلومات البنكية الخاصة بالإيداع المباشر:

رقم الحساب _____ رقم التوجيه _____

المعلومات البنكية: اسم المؤسسة المالية (البنك أو الاتحاد الائتماني): _____

أعطي الصلاحية بإلغاء الإيداع المباشر للفوائد المستحقة لي من برنامج الضمان الحكومي التكميلي لولاية نيويورك في الحساب البنكي لدى المؤسسة المالية المبينة أعلاه، كما أتفهم بأن فوائد برنامج الضمان الحكومي التكميلي المستقبلية ستصدر على هيئة شيك ورقي مرسل بريدياً إلى العنوان المحفوظ لدى برنامج الضمان الحكومي التكميلي.

التوقيع التاريخ _____