

NYS OTDA 州輔助計畫
取消直接存款表格

說明：

- 僅僅領取 SSP 福利人士可填寫此表。領取聯邦 SSI 福利人士應聯絡 SSA。
- 僅在希望取消直接存款時使用本表格。
- 填好的表格請寄回：NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201
或傳真至：518-486-3459; 或用電子郵件將手工填寫的表格發至 otda.sm.ssp@otda.ny.gov
- 如有問題，請撥打 SSP 顧客支援中心電話 1-855-488-0541。

☐ 我希望取消直接存款登記。

領取人姓名 _____ 生日 (月/日/年) _____

SSN最後四位數 XXX -XX- _____ 日間電話號碼 (____) _____ - _____

領取人郵寄地址 _____

城鎮 _____

州 _____ 郵遞編碼 _____

直接存款銀行帳戶資訊：

帳戶號碼 _____ 路由傳輸號碼 _____

金融機構 (銀行或信用合作社) 名稱:

本人授權取消州輔助計畫 (SSP) 福利上述金融機構銀行帳戶的直接存款。本人理解，今後的 SSP 福利以紙張支票形式發放並郵寄至 SSP 記錄上的地址。

簽名 _____

日期 _____