

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

Бланк отмены прямого депозита

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 отменить прямого депозита.
- Отправьте заполненную форму по адресу: **NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201** или по **ФАКСУ** на номер 518-486-3459, либо по **электронной почте** отправьте отсканированную 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.**

☐ Я хочу отменить свое участие в программе прямого депозита.

Имя получателя _____ Дата рождения (MM/DD/YYYY) _____

Последние четыре цифры номера SSN XXX-XX-_____ Номер телефона (____) ____ - _____

Адрес для переписки получателя _____

Город _____

Штат _____ Индекс _____

Информация о банковском счете для прямого депозита:

Номер счета _____ Код банка _____

Название финансового учреждения (банка или кредитного союза): _____

Я даю разрешение на отмену прямого депозита моего пособия по программе штата Нью-Йорк по оказанию дополнительной помощи на вышеуказанный банковский счет финансового учреждения. Я понимаю, что в будущем мое пособие SSP будет оформляться в форме чека и отправляться на адрес, по которому вы зарегистрированы в программе SSP.

Подпись _____

Дата _____