

Programme de supplément d'État (SSP) de l'OTDA de l'État de New York
Formulaire de demande de virement automatique

Instructions :

- À remplir par les personnes qui ne reçoivent que des prestations du SSP. Les personnes qui perçoivent des prestations fédérales SSI doivent contacter la SSA.
- Remplissez ce formulaire **UNIQUEMENT** si vous souhaitez vous inscrire au virement automatique. Les **DEUX** sections doivent être complétées.
- Renvoyez le formulaire rempli à : **NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201** ; ou par **FAX** au numéro : 518-486-3459 ; ou **envoyez par e-mail** le document **signé à la main** à otda.sm.ssp@otda.ny.gov
 - Pour toute question, veuillez contacter le **Centre d'assistance à la clientèle du SSP au 1-855-488-0541**.

Les informations suivantes doivent être fournies. S'il manque UN renseignement, le formulaire sera retourné afin que vous le complétiez.

Nom du (de la) bénéficiaire _____ Numéro de téléphone en journée (____) _____ - _____
Nom Prénom Initiale du deuxième prénom

Adresse postale du (de la) destinataire _____
 Ville _____ État _____ Code postal _____

Date de naissance (MM/JJ/AAAA) ____ / ____ / _____ Quatre derniers chiffres du SSN **XXX -XX-** _____

Je certifie que j'ai droit aux prestations associées au Programme de supplément de l'État de New York (SSP). En signant ce formulaire, j'autorise le SSP à envoyer mes prestations à l'établissement financier mentionné ci-dessous pour qu'elles soient déposées sur le compte indiqué par l'établissement financier. Cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que je la dénonce par écrit.

Nom en majuscules _____ Signature _____ Date _____

INFORMATIONS SUR LE COMPTE

Veillez remettre ce formulaire à votre banque ou à votre coopérative de crédit pour qu'elle complète les informations ci-dessous. Vous pouvez également choisir de joindre un chèque préimprimé annulé (pas de chèques provisoires [starter check]) comportant votre nom et votre adresse ou un formulaire de dépôt en compte comportant votre nom et votre adresse.

Il **NE PEUT S'AGIR** d'un compte fiduciaire au profit d'une autre personne ou d'un compte auprès d'un établissement financier étranger

Informations sur le compte : Chèques Épargne

Nom sur le compte : _____ Lien avec le (la) bénéficiaire : _____

Informations relatives à la banque : Nom de l'établissement financier (banque ou coopérative de crédit) : _____

Adresse _____ Ville _____ État _____ Zip _____

Numéro de compte _____ Numéro de routage _____

En tant que représentant(e) de l'établissement financier susmentionné, je certifie que cet établissement financier est en mesure d'effectuer des transactions ACH et qu'il recevra et déposera le paiement des prestations sur le compte indiqué ci-dessus conformément à la partie 102 des codes, règles et réglementations de l'État de New York et qu'il sera lié par ces règles. Les paiements crédités sur le compte ci-dessus seront immédiatement disponibles pour le (la) déposant(e).

Signature du (de la) représentant(e)

Nom du (de la) représentant(e) en majuscules

Date d'entrée en vigueur