

**Formularz rejestracji bezpośrednich wpłat na konto**

## Zalecenia:

- Wypełnia osoba, która odbiera wyłącznie świadczenia SSP. Osoby otrzymujące świadczenia federalne SSI muszą skontaktować się z SSA.
- Formularz wypełniają **WYŁĄCZNIE** osoby, które chcą korzystać z opcji przelewu środków na rachunek bankowy. Należy wypełnić **OBIE** części.
- Wypełniony formularz należy wysłać na adres: **NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201**; lub **FAKSEM** pod numer: 518-486-3459; lub wysłać podpisany ręcznie formularz **poczta elektroniczną** na adres: [otda.sm.ssp@otda.ny.gov](mailto:otda.sm.ssp@otda.ny.gov)
- W razie pytań prosimy o kontakt z **centrum obsługi klienta SSP pod numerem 1-855-488-0541**.

**Uzupełnić drukowanymi literami poniższe informacje. W razie braku KTÓREJKOLWIEK z tych informacji formularz zostanie zwrócony do uzupełnienia.**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy \_\_\_\_\_ Numer telefonu do kontaktu w dzień (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nazwisko Imię Inicjał drugiego imienia

Adres do korespondencji świadczeniobiorcy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Data urodzenia (MM/DD/RRRR) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego **XXX -XX-** \_\_\_\_\_

Oświadczam, że mam prawo do odbierania świadczeń w ramach Programu uzupełniającego stanu Nowy Jork (State Supplement Program, SSP). Podpisując ten formularz, upoważniam SSP do przesłania moich świadczeń do instytucji finansowej wymienionej poniżej w celu zdeponowania ich na rachunku wskazanym przez tę instytucję finansową. Upoważnienie pozostaje w mocy do momentu złożenia pisemnej rezygnacji.

Imię i nazwisko drukowanymi literami \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**DANE RACHUNKU**

**Prosimy o zanieśenie tego formularza do banku lub kasy oszczędnościowo-kredytowej w celu wypełnienia poniższych informacji. Można też dołączyć unieważniony wydrukowany wcześniej czek (nie startowy) zawierający imię i nazwisko oraz adres lub formularz wpłaty na rachunek zawierający imię i nazwisko oraz adres.**

**NIE MOŻE** być to konto powiernicze na rzecz innej osoby LUB konto w zagranicznej instytucji finansowej

Dane rachunku:  Bieżący  Oszczędnościowy

Imię i nazwisko właściciela: \_\_\_\_\_ Relacja ze świadczeniobiorcą: \_\_\_\_\_

Dane banku: Nazwa instytucji finansowej (banku lub kasy oszczędnościowo-kredytowej): \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Numer rachunku \_\_\_\_\_ Numer tranzytowy \_\_\_\_\_

Jako przedstawiciel wymienionej wyżej instytucji finansowej zaświadczam, że instytucja ta obsługuje transakcje ACH i będzie przyjmować oraz deponować wskazane powyżej świadczenia zgodnie z częścią 102 Kodeksu przepisów i regulacji stanu Nowy Jork oraz będzie przestrzegać tych przepisów. Płatności zaksięgowane na powyższym rachunku będą natychmiast dostępne dla deponenta.

\_\_\_\_\_  
Podpis przedstawiciela

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko przedstawiciela drukowanymi literami

\_\_\_\_\_  
Data