

NYS OTDA ریاستی سپلیمنٹل پروگرام (SSP)
برہ راست ڈپازٹ کے لیے اندراج کا فارم

ہدایات:

- ان افراد کی جانب سے مکمل کرنے کے لیے جو صرف SSP بینیفٹس حاصل کرتے ہیں وفاقی SSI بینیفٹس حاصل کرنے والے افراد کو SSA سے رابطہ کرنا ہو گا۔
- یہ فارم صرف اس صورت میں پُر کریں اگر آپ ڈائریکٹ ڈپازٹ کا اندراج کرنا چاہتے/چاہتی ہیں۔ دونوں حصے پُر کرنا لازمی ہے۔
- پُر شدہ فارم اس پتہ پر واپس بھیجیں: **NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201**; یا بذریعہ فیکس اس نمبر بھیجیں: 518-486-3459؛ یا باتھ سے پُر شدہ فارم اس پتے پر ای میل کریں otda.sm.ssp@otda.ny.gov
- برہ کرم کسی بھی سوال کے لیے SSP کسٹمر سپورٹ سینٹر سے 1-855-488-0541 پر رابطہ کریں۔

مندرجہ ذیل معلومات فراہم کرنا لازمی ہے۔ اگر کوئی معلومات چھوٹ جائے تو فارم مکمل کرنے کے لیے واپس بھیج دیا جائے گا۔

وصول کنندہ کا نام _____
آخری پہلا درمیانی نام کا پہلا حرف

دن کے اوقات کا فون نمبر _____ - _____ ()

وصول کنندہ کا ڈاک کا پتہ _____

شہر _____ ریاست _____ زپ کوڈ _____

تاریخ پیدائش (مہینہ/دن/سال) _____ / _____ / _____ SSN کے آخری چار ہندسے _____ -XX-XXX

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں NY ریاستی سپلیمنٹل پروگرام (SSP) سے منسوب فوائد کے لیے اہل ہوں۔ اس فارم پر دستخط کر کے، میں SSP کو اختیار دیتا/دیتی ہوں کہ میرے فوائد ذیل میں نامزد مالی ادارے کو بھیجے جائیں تاکہ ان کو اس مالی ادارے کے نشاندہی کردہ اکاؤنٹ میں جمع کروایا جائے۔ جب تک میں منسوخی کا تحریری نوٹس فراہم نہ کروں یہ منظوری برقرار رہے گی۔

جلی حروف میں نام _____ دستخط: _____ تاریخ: _____

اکاؤنٹ کی معلومات:

برہ مہربانی مندرجہ ذیل معلومات مکمل کرنے کے لیے یہ فارم اپنے بینک یا کریڈٹ یونین کے پاس لے کر جائیں: آپ ایک قلمزد کر کے منسوخ شدہ پیشگی پرنٹ شدہ (شروعاتی نہیں) چیک بھی لانے کا انتخاب کر سکتے ہیں جس پر آپ کا نام اور پتہ ہو یا اپنے نام اور پتے والا ایک اکاؤنٹ ڈپازٹ فارم بھی لا سکتے ہیں۔

یہ کسی دیگر یا غیر ملکی مالی ادارے کو فائدہ پہنچانے والا ٹرسٹ اکاؤنٹ نہیں ہونا چاہیے

اکاؤنٹ کی معلومات: چیکنگ سیونگزر

اکاؤنٹ پر درج نام: _____ وصول کنندہ کے ساتھ تعلق: _____

بینک کی معلومات: مالی ادارے (بینک یا کریڈٹ یونین) کا نام: _____

پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____

اکاؤنٹ نمبر _____ راؤٹنگ ٹرانزٹ نمبر _____

مذکورہ بالا مالی ادارے کے نمائندے کی حیثیت سے، میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ یہ مالی ادارہ ACH کی سہولت رکھتا ہے اور ریاست نیویارک کے کوڈز کے پارٹ 102، اصولوں اور ضوابط کے مطابق فوائد کی ادائیگی وصول کر کے اوپر دکھائے گئے اکاؤنٹ میں جمع کروائے گا اور ان اصولوں کا پابند رہے گا۔ مذکورہ بالا اکاؤنٹ میں کریڈٹ شدہ ادائیگیاں ڈپازٹ کنندہ کو فوری طور پر دستیاب ہوں گی۔

نمائندے کے دستخط _____ جلی حروف میں نمائندے کا نام _____ تاریخ _____