

NYS OTDA State Supplement Program (Programma integrativo statale dell'OTDA dello Stato di New York)

## Modulo di annullamento dell'accredito diretto sul conto

### Istruzioni:

- Compilazione riservata alle persone che ricevono esclusivamente prestazioni SSP. Le persone che ricevono prestazioni SSI federali devono rivolgersi alla SSA.
- Compilare il presente modulo **SOLTANTO** se si desidera annullare il proprio **Accredito diretto sul conto**.
- Restituire il modulo compilato all'indirizzo: **NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201**. In alternativa, si può inviare via **FAX** al numero 518-486-3459, oppure inviare per **e-mail** la scansione del modulo **firmato a mano** a [otda.sm.ssp@otda.ny.gov](mailto:otda.sm.ssp@otda.ny.gov)
- Per qualsiasi chiarimento, rivolgersi al Centro per l'assistenza clienti SSP (**SSP Customer Support Center**) al numero **1-855-488-0541**.

---

Desidero annullare la mia iscrizione all'accredito diretto sul conto.

Nome del beneficiario \_\_\_\_\_ Data di nascita (MM/GG/AAAA) \_\_\_\_\_

Ultime quattro cifre del SSN XXX -XX- \_\_\_\_\_ Numero di telefono durante il giorno (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Indirizzo postale del beneficiario \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_ Codice postale \_\_\_\_\_

---

### Informazioni sul conto bancario relativo all'accredito diretto:

Numero conto \_\_\_\_\_ Routing Transit Number \_\_\_\_\_

Nome dell'istituto finanziario (banca o cooperativa di credito): \_\_\_\_\_

---

Autorizzo l'annullamento dell'accredito diretto della mia prestazione relativa al New York State Supplement Program (SSP - Programma integrativo dello Stato di New York) sul conto bancario dell'istituto finanziario sopra indicato. Sono consapevole che le future prestazioni SSP saranno erogate tramite assegno cartaceo e inviate all'indirizzo presente negli archivi del SSP.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_