

Program uzupełniający NYS OTDA
Formularz anulowania przelewu środków

Instrukcja:

- Wypełnia osoba, która odbiera wyłącznie świadczenia SSP. Osoby otrzymujące świadczenia federalne SSI muszą skontaktować się z SSA.
- Formularz wypełniają **WYŁĄCZNIE** osoby, które chcą zrezygnować z opcji **przelewu środków na rachunek bankowy**.
- 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 **pocztą elektroniczną** na adres: otda.sm.ssp@otda.ny.gov
- W razie pytań prosimy o kontakt z **centrum obsługi klienta SSP** pod numerem **1-855-488-0541**.

Chcę zrezygnować z opcji przelewu środków na rachunek bankowy.

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy _____ Data urodzenia (MM/DD/RRRR) _____

Ostatnie cztery cyfry SSN XXX-XX-_____ Numer telefonu do kontaktu w dzień (____) ____-_____

Adres do korespondencji świadczeniobiorcy _____

Miejscowość _____

Stan _____ Kod pocztowy _____

Dane rachunku bankowego do przelewu:

Numer rachunku _____ Numer tranzytowy _____

Nazwa instytucji finansowej (banku lub kasy oszczędnościowo-kredytowej): _____

Rezygnuję z opcji przelewu świadczeń w Programie uzupełniającym Stanu Nowy Jork (SSP) na powyższy rachunek prowadzony przez wymienioną instytucję finansową. Przyjmuję do wiadomości, że przyszłe świadczenia SSP będą wystawiane w formie czeku papierowego i wysyłane na adres podany w dokumentacji SSP.

Podpis _____

Data _____