

Programa de Suplemento Estatal del Estado de Nueva York  
**Formulario para Representante Designado**

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Nombre del beneficiario de SSP: | Número de Identificación de la Persona: |
|---------------------------------|---|

**Nombramiento, cambio o terminación como representante designado**

Quiero hacer lo siguiente (marque una casilla):

- Nombrar a un nuevo representante designado
  Cambiar mi representante designado  
 Terminación de nombramiento como mi representante designado  
 Cambiar la autorización de mi representante designado actual

|                                     |                     |
|-------------------------------------|---------------------|
| Nombre del representante designado: |                     |
| Dirección:                          | Número de teléfono: |

**Grado de autorización del representante designado**

Solicito que mi representante designado proporcione los siguientes servicios:

- Actúe como mi beneficiario, reciba y maneje mis beneficios SSP mensuales\*  
 Me represente en Audiencias Imparciales  
 Proporcione y reciba información a mi nombre

**\*INFORMACIÓN IMPORTANTE:** El formulario de Depósito Directo que se adjunta debe ser rellenado si su información bancaria va a cambiar

|  |   |
|--|---|
| Firma del beneficiario de SSP:<br><br><b>X</b> | Firma de testigos si el beneficiario no sabe firmar. <i>El testigo no puede ser el representante designado.</i><br><br><b>X</b> |
| Firmado el día:                                | Firmado el día:   |

**Certificación del Representante Designado**

Como representante designado del beneficiario de SSP mencionado anteriormente, certifico que he leído y estoy de acuerdo con todas las disposiciones contenidas en el formulario de «DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL REPRESENTANTE DESIGNADO DE SSP». Afirmo que la información suministrada arriba es correcta, y por la presente declaro que cumpliré con los siguientes requisitos:

|  |                 |
|--|-----------------|
| Firma del representante designado:<br><br><b>X</b> | Firmado el día: |
|--|-----------------|

**Terminación de servicios**

Si usted decide dejar de prestar sus servicios como representante designado, escriba su nombre en letra de imprenta y firme abajo.

Yo, \_\_\_\_\_ deseo terminar mis servicios como representante designado del beneficiario mencionado anteriormente. Le he notificado al beneficiario sobre la terminación de mis servicios y le he recomendado que haga los cambios necesarios en el banco.

|  |                 |
|--|-----------------|
| Firma del representante designado:<br><b>X</b> | Firmado el día: |
|--|-----------------|

**Regrese este formulario a:**

NYS OTDA State Supplement Program  
PO Box 1740  
Albany, New York 12201;

Por correo electrónico a: [otda.sm.ssp@otda.ny.gov](mailto:otda.sm.ssp@otda.ny.gov)

Por fax: 518-486-3459