

**Modulo di iscrizione all'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 iscriversi all'**Accredito diretto sul conto**. Devono essere compilate **TUTTE E DUE LE** sezioni.
- Restituire il modulo compilato all'indirizzo: **NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201**; oppure via **FAX** al numero: 518-486-3459, oppure inviare per **e-mail** il 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**.

**È necessario compilare i dati indicati di seguito. Se risulta mancante QUALSIASI informazione, il modulo sarà restituito perché venga completato.**

Nome del beneficiario \_\_\_\_\_ Numero di telefono durante il giorno (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Cognome Nome Iniziali secondo nome

Indirizzo postale del beneficiario \_\_\_\_\_  
 Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ Codice postale \_\_\_\_\_

Data di nascita (MM/GG/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Ultime quattro cifre del SSN **XXX-XX-**\_\_\_\_\_

Attesto di avere il diritto alle prestazioni connesse al Programma integrativo dello Stato di NY (SSP - NY State Supplement Program). Con la firma apposta su questo modulo, autorizzo il SSP a inviare le mie prestazioni all'istituto finanziario riportato di seguito, per l'accredito nel conto indicato dall'istituto finanziario. La presente autorizzazione resterà valida fino a quando non invierò una comunicazione scritta di cessazione.

Nome in stampatello \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**DATI DEL CONTO**

**Si prega di consegnare il presente modulo alla propria banca o cooperativa di credito per la compilazione dei dati indicati di seguito. È anche possibile decidere di allegare un assegno prestampato annullato (non un assegno "starter"), su cui siano presenti il proprio nome e indirizzo, oppure un modulo di accredito sul conto contenente il proprio nome e indirizzo.**

**NON È POSSIBILE** che sia un conto fiduciario a favore di un altro OPPURE un conto di un istituto finanziario estero

Dati del conto:  corrente  di risparmio

Nome riportato sul conto: \_\_\_\_\_ Relazione con il beneficiario: \_\_\_\_\_

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

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ Codice postale \_\_\_\_\_

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

In veste di rappresentante dell'Istituto finanziario sopra riportato, attesto che questo Istituto finanziario è abilitato ad ACH, riceverà e accrediterà il pagamento delle prestazioni sul conto suddetto, ai sensi della Parte 102 di Codici, Norme e regolamentazioni dello Stato di New York e sarà vincolato a tali regole. I pagamenti accreditati sul suddetto conto saranno immediatamente disponibili per il depositante.

\_\_\_\_\_  
Firma del Rappresentante

\_\_\_\_\_  
Nome del Rappresentante in stampatello

\_\_\_\_\_  
Data