

البرنامج التكميلي للولاية من مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز
استمارة الممثل المعين

اسم المستفيد من معونة البرنامج التكميلي للولاية:	الرقم التعريفي للشخص:
--	-----------------------

تعيين ممثل أو تغيير أو إنهاء تعيين ممثل معين
أود القيام بما يلي (يرجى اختيار مربع واحد):

- تعيين ممثل جديد
 إنهاء تعيين ممثلي المعين
 تعديل تفويض ممثلي المعين الحالي
 تغيير ممثلي المعين

اسم الممثل المعين:	رقم الهاتف:
العنوان:	

مستوى تفويض الممثل المعين

أطلب أن يقدم ممثلي المعين الخدمات التالية:

- التصرف نيابةً عني كمستفيد في استلام وإدارة مخصصاتي الشهرية من معونات البرنامج التكميلي للولاية*
 تمثيلي في ما يحق لي من جلسات استماع
 تقديم واستلام المعلومات نيابةً عني

*معلومات هامة: يجب ملء استمارة الإيداع المباشر المرفقة إذا كانت معلومات حسابك المصرفي ستتغير.

توقيع المستفيد من معونة البرنامج التكميلي للولاية:	توقيع الشاهد إذا كان المستفيد لا يستطيع التوقيع. لا يمكن أن يكون الشاهد هو الممثل المعين.
X	X
تاريخ التوقيع:	تاريخ التوقيع:

إقرار الممثل المعين

بصفتي الممثل المعين للمستفيد المسمى أعلاه من معونة البرنامج التكميلي للولاية، أقر بأنني قرأت وقبلت كل ما ورد من نصوص في استمارة حقوق وواجبات الممثلين المعينين لاستلام معونات البرنامج التكميلي للولاية. وأقر أيضاً بأن المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة، وأؤكد بموجبه أنني سأمتثل للشروط التالية:

توقيع الممثل المعين:	تاريخ التوقيع:
X	

إنهاء الخدمات

إذا كنت تود إنهاء خدماتك كممثل معين، يرجى طباعة اسمك والتوقيع أدناه.

أود أنا، _____، إنهاء خدماتي كممثل معين للمستفيد المسمى أعلاه. وقد أخطرتُ
المستفيد بإنهاء خدماتي وأشرتُ عليه بعمل ما يلزم من تعديلات مصرفية.

تاريخ التوقيع:	توقيع الممثل المعين: X
----------------	--------------------------------------

يرجى إعادة هذه الاستمارة إلى:

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

أو بالبريد الإلكتروني إلى: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

أو بالفاكس إلى: 518-486-3459