

**Formulaire du (de la) représentant(e) désigné(e)**

Nom du (de la) bénéficiaire du SSP :	N° ID de la personne :
--------------------------------------	------------------------

**Désignation du (de la) représentant(e) désigné(e), changement ou résiliation**Je souhaite faire ce qui suit (*veuillez cocher une case*) :

- Désigner un(e) nouveau (nouvelle) représentant(e) désigné(e)       Modifier mon (ma) représentant(e) désigné(e)  
 Résilier le mandat de mon (ma) représentant(e) désigné(e)  
 Modifier les autorisations de mon (ma) représentant(e) désigné(e) actuel(le)

Nom du (de la) représentant(e) désigné(e) :	
Adresse :	Numéro de téléphone :

**Niveau d'autorisation du (de la) représentant(e) désigné(e)**

Je demande que mon (ma) représentant(e) désigné(e) fournisse les services suivants :

- Agir en tant que tiers bénéficiaire, recevoir et gérer mes prestations du SSP mensuelles\*  
 Me représenter lors d'une audience équitable  
 Fournir et recevoir des informations en mon nom

**\*INFORMATIONS IMPORTANTES :** *le formulaire de virement automatique ci-joint doit être complété si vos coordonnées bancaires sont modifiées.*

Signature du (de la) bénéficiaire du SSP :	Signature d'un témoin si le bénéficiaire n'est pas en mesure de signer. <i>Le témoin ne peut pas être le (la) représentant(e) désigné(e).</i>
<b>X</b>	<b>X</b>
Date de signature :	Date de signature :

**Certification du (de la) représentant(e) désigné(e)**

En tant que représentant(e) désigné(e) du (de la) bénéficiaire du SSP susmentionné(e), je certifie avoir lu et accepté toutes les dispositions contenues dans le formulaire DROITS ET RESPONSABILITÉS DES REPRÉSENTANT(E)S DÉSIGNÉ(E)S POUR LE SSP. Je certifie que les informations ci-dessus sont correctes et j'affirme par la présente que je me conformerai aux exigences suivantes :

Signature du (de la) représentant(e) désigné(e) :	Date de signature :
<b>X</b>	

**Résiliation des services**

**Si vous souhaitez mettre fin à vos services en tant que représentant(e) désigné(e), veuillez écrire votre nom en lettres majuscules et signer ci-dessous.**

**Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, souhaite mettre fin à mes services en tant que représentant(e) désigné(e) du (de la) bénéficiaire susmentionné(e). J'ai informé le (la) destinataire de la cessation de mes services et je lui ai conseillé d'effectuer les changements bancaires nécessaires.**

Signature du (de la) représentant(e) désigné(e) :

Date de signature :

**X**

**Veillez renvoyer ce formulaire à :**

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

par e-mail à l'adresse : [otda.sm.ssp@otda.ny.gov](mailto:otda.sm.ssp@otda.ny.gov)

Ou par fax au numéro : 518-486-3459