

### 지정대리인 서식(Designated Representative Form)

SSP 수령자 이름:	개인 ID 번호:
-------------	-----------

#### 지정대리인의 임명, 변경 또는 해임

본인은 다음 조치를 하고자 합니다(하나를 선택하세요):

- 새로운 지정대리인 임명
- 본인의 지정대리인 임명
- 본인의 현재 지정대리인의 권한 변경
- 본인의 지정대리인 변경

지정대리인의 이름:	
주소:	전화번호:

#### 지정대리인의 권한 수준

본인은 본인의 지정대리인이 다음 서비스를 제공하도록 요청합니다:

- 본인의 지급수령자로서 활동하고, 본인의 월간 SSP 수당을 수령하고 관리하는 행위\*
- 공정 심리(Fair Hearing)에서 본인을 대리하는 행위
- 본인을 대행해서 정보를 제공하고 수령하는 행위

**\*중요 정보:** 귀하의 은행 계좌 정보가 변경될 것이라면, 동봉된 직접 예치 서식(Direct Deposit form) 이 반드시 작성되어야 합니다.

SSP 수령자의 서명: <b>X</b>	수령자가 서명할 수 없는 경우, 증인의 서명. 지정대리인은 증인이 될 수 없습니다. <b>X</b>
서명일:	서명일:

#### 지정대리인의 증명

위에 이름이 기재된 SSP 수령자를 위한 지정대리인으로서, 본인은 본인이 SSP에 대한 지정대리인의 권리와 책임 서식에 포함된 모든 규정들을 읽었고, 이에 동의한다는 점을 증명합니다. 본인은 위 정보가 정확하다는 점을 증명하고, 이 문서에 의해서 본인이 다음 요건을 준수할 것임을 확인합니다:

지정대리인의 서명: <b>X</b>	서명일:
------------------------	------

**업무 종료**

귀하가 지정대리인으로서의 업무를 종료하고자 하는 경우, 아래에 귀하의 이름을 기재하고 서명하세요.

본인, \_\_\_\_\_은(는) 위에 기재된 수령자를 위한 지정대리인으로서의 본인의 업무를 종료하고자 합니다. 본인은 수령자에게 본인의 업무 종료에 대해 통지했으며, 수령자가 필요한 은행 정보를 변경하도록 고지했습니다.

지정대리인의 서명:  <b>X</b>	서명일:
----------------------------	------

이 서식을 다음 수신처로 보내세요:

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

이메일로 보내는 경우: [otda.sm.ssp@otda.ny.gov](mailto:otda.sm.ssp@otda.ny.gov)

또는, 팩스로 전송하는 경우: 518-486-3459