

برنامج الضمان الحكومي التكميلي في مكتب الدعم المؤقت ودعم أصحاب الإعاقة لولاية نيويورك
نموذج الانضمام للإيداع المباشر

التعليمات:

- يجباً هذا النموذج من قبل الأفراد الذين يحصلون على فوائد برنامج الضمان الحكومي التكميلي فقط. يجب على الأفراد الذين يتلقون فوائد دخل الضمان التكميلي الفيدرالية أن يقوموا بالتواصل مع إدارة الضمان الاجتماعي.
- قم بتعبئة هذا النموذج فقط إذا كنت ترغب في الانضمام للإيداع المباشر. عليك تعبئة كلا القسمين.
- يعاد النموذج المعبأ إلى برنامج الضمان الحكومي التكميلي في مكتب الدعم المؤقت ودعم أصحاب الإعاقة لولاية نيويورك، ص.ب. 1740، ألباني نيويورك 12201؛ أو عبر الفاكس إلى: 518-486-3459؛ أو قم بإرسال إيميل يحتوي النموذج الموقع يدوياً إلى otda.sm.ssp@otda.ny.gov
- للإستفسارات، قم من فضلك بالتواصل مع مركز خدمات العملاء لبرنامج الضمان الحكومي التكميلي على الرقم 1-855-488-0541.

عليك إعطاء المعلومات التالية دون استثناء، وفي حال وجود معلومة غير معطاة، سيتم إرجاع النموذج ليتم إكماله.

اسم المتلقي _____ رقم الهاتف الأساسي _____ - _____ ()
الأخير الأول الأوسط

العنوان البريدي للمتلقى _____

المدينة _____ الولاية _____ رمز الولاية _____

تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) ____/____/____ آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي XXX-XX-_____

أشهد بأنني مؤهل للحصول على الفوائد المصاحبة لبرنامج الضمان الحكومي التكميلي لولاية نيويورك، وبتوقيعي على هذا النموذج، أكون قد خولت البرنامج بإرسال فوائدي إلى المؤسسة المالية المسماة أدناه لكي تودع في الحساب المشار إليه بجانب اسم المؤسسة المالية. يبقى هذا التحويل نافذاً إلى حين أن أقدم مذكرة خطية بالإبطال.

أطبع الاسم _____ التوقيع _____ التاريخ _____

معلومات الحساب

قم من فضلك بأخذ هذا النموذج إلى البنك أو الاتحاد الائتماني الذي تنتمي إليه لغاية إكمال المعلومات أدناه. قد تحتاج إلى إرفاق شيك لاغ معد سلفاً (بشرط ألا يكون شيك مبدني) يحتوي اسمك وعنوانك، أو نموذج إيداع في الحساب يحتوي على اسمك وعنوانك.

لا يمكن استخدام هذا الحساب كحساب ائتماني لفائدة حساب آخر أو حساب في مؤسسة مالية تقع في دولة أخرى

معلومات الحساب: حساب شيكات حساب توفير

اسم صاحب الحساب _____ علاقته بالمتلقي _____

المعلومات البنكية: اسم المؤسسة المالية (البنك أو الاتحاد الائتماني): _____

العنوان _____ المدينة _____ الولاية _____ رمز الولاية _____

رقم الحساب _____ رقم التوجيه _____

بصفتي مندوباً عن المؤسسة المالية المسماة أعلاه، أشهد بأن هذه المؤسسة المالية متصلة بنظام المقاصة الآلي وبأنها ستقوم باستلام دفعات الفوائد وإيداعها في الحساب المبين أعلاه بموجب القسم 102 من قوانين، قواعد وأنظمة ولاية نيويورك وبالالتزام بما جاء فيها. تكون الدفعات المستحقة لهذا الحساب متواجدة للمودع فوراً.

التاريخ

اسم المندوب

توقيع المندوب