LDSS-5025 KO (개정 7/15)

NYS OTDA 주정부 영양보조 프로그램 (SSP)

자동 입금 등록 양식

지침:

- SSP 수당만 수령하는 사람이 작성해야 합니다. 연방 SSI 수당을 수령하는 사람은 SSA에 문의하기 바랍니다.
- 자동 입금을 등록하고자 하는 경우에 **한해** 이 양식을 작성하십시오. **양쪽** 섹션 모두 작성해야 합니다.
- 작성이 완료되면 다음 주소로 반송하십시오: **NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201;** 또는
  팩스: 518-486-3459; 또는 **이메일: 손으로 서명을 완료한** 양식을 otda.sm.ssp@otda.ny.gov로 이메일을 보내십시오.
- 문의사항이 있으면 **SSP Customer Support Center at 1-855-488-0541**로 문의하십시오.

제공할 정보는 다음과 같습니다. 누락된 정보가 있다면 완전한 작성을 위해 양식이 반송됩니다.

수령인 이름 _____ **주간 전화번호 (____)** _____-_____
Last *First* *MI*

수령인 우편 주소 _____

City _____ 주 _____ 우편번호 _____

생년월일(MM/DD/YYYY) ____ / ____ / _____ SSN의 마지막 네 자리 번호 **XXX -XX-**_____

본인은 뉴욕주 영양보조 프로그램(SSP)과 관련된 수당을 받을 자격이 있음을 증명합니다. 저는 본 양식 서명으로 SSP가 아래 명시된 금융기관으로 보낸 제 수당을 금융기관이 지정한 계좌로 입금하는 것을 승인합니다. 본 승인은 제가 서면 종료 통지문을 제시할 때까지 효력을 갖습니다.

인쇄체 이름_____ **서명** _____ **날짜** _____

계좌 정보

이 양식을 귀하의 은행이나 신용조합으로 보내 아래 정보를 완료하십시오. 귀하는 또한 귀하의 이름과 주소가 담긴 사전 인쇄된(스타터 아님) 무효화된 수표나 귀하의 이름과 주소가 담긴 예금 계좌 첨부를 선택할 수 있습니다.

이는 다른 또는 외국 금융기관 계정을 위한 신탁계정으로 사용할 수는 **없습니다.**

계좌 정보: ☐ 당좌예금 ☐ 보통예금

계좌 이름: _____ 수령인과의 관계: _____

은행 정보**:** 금융기관 이름(은행 또는 신용조합): _____

주소 _____ 시_____ 주_____ 우편번호 _____

계좌번호_____ 라우팅 트랜짓 번호 _____

본인은 위 금융기관의 담당자로서 본 금융기관이 ACH 가능하며 NYCRR(Codes, Rules, and Regulations of the State of New York)의 Part 102에 따라 위에 표시된 계좌로 수당 지급금을 받고 예치하고 이 규칙을 준수할 것임을 증명합니다. 위 계정으로 입금되는 돈은 예금주가 즉시 사용할 수 있습니다.

_____ _____ _____

담당자 서명 **담당자 인쇄체 이름** **날짜**