

## Программа штата Нью-Йорк по оказанию дополнительной помощи (SSP)

**Бланк регистрации на прямой депозит**

## Инструкции:

- Для заполнения лицами, получающими только пособия SSP. Лица, получающие пособия по федеральной программе SSI должны связаться с Администрацией социального страхования (SSA).
- Заполните эту форму **ТОЛЬКО** в том случае, если вы хотите зарегистрироваться на получение пособий прямым депозитом на ваш счет. Необходимо заполнить **ОБЕ** части.
- Отправьте заполненную форму по адресу: NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201; либо по **ФАКСУ** на номер 518-486-3459; либо по **электронной почте** отправьте **лично подписанную** форму на адрес otda.sm.ssp@otda.ny.gov
- Если у вас есть вопросы, звоните в **Центр поддержки клиентов программы SSP по номеру 1-855-488-0541.**

**Необходимо предоставить всю следующую информацию. Если вы не предоставите КАКУЮ-ЛИБО информацию, вам вернут форму для повторного заполнения.**

Имя и фамилия получателя \_\_\_\_\_ Номер телефона в течение дня (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Фамилия                      Имя                      Иници. среднего имени

Адрес для переписки получателя \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Последние 4 цифры номера SSN XXX -XX- \_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю, что я имею право на получение пособий, относящихся к Программе штата Нью-Йорк по оказанию дополнительной помощи (SSP). Подписывая эту форму, я даю разрешение Программе SSP направлять мое пособие в нижеуказанное финансовое учреждение для прямого депозита на счет, указанный финансовым учреждением. Разрешение действительно пока я не предоставлю письменное заявление о прекращении его действия.

Имя и фамилия печатными буквами \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

**ИНФОРМАЦИЯ О СЧЕТЕ**

**Просьба принести эту форму в ваш банк или кредитный союз для заполнения нижеследующей информации. По желанию вы можете предоставить аннулированный чек (не начальный) с вашими именем, фамилией и адресом, либо бланк депозита на счет, содержащий ваше имя, фамилия и адрес.**

Этот счет **НЕ МОЖЕТ БЫТЬ** доверительным счетом ЛИБО счетом в иностранном банке

Информация о счете:  Чековый  Сберегательный

Счет зарегистрирован на: \_\_\_\_\_ Родство с получателем: \_\_\_\_\_

Информация о банке: Название финансового учреждения (банка или кредитного союза): \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

Номер счета \_\_\_\_\_ код банка \_\_\_\_\_

Будучи представителем вышеуказанного финансового учреждения, я подтверждаю, что настоящее финансовое учреждение может принимать платежи АСН, и, таким образом, получит и разместит выплату пособия на вышеуказанном счете в соответствии с Частью 102 Кодекса норм и правил штата Нью-Йорк с обязанностью соблюдать данные правила. Выплаты, размещенные на вышеуказанном счете будут сразу же доступны вкладчику.

\_\_\_\_\_  
Подпись доверенного лице

\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия доверенного лица печатными буквами

\_\_\_\_\_  
Дата