

NYS OTDA 주정부 영양보조 프로그램
자동 입금 등록 양식

- 지침:
- SSP 수당만 수령하는 사람이 작성해야 합니다. 연방 SSI 수당을 수령하는 사람은 SSA에 문의하기 바랍니다.
 - 자동 입금을 취소하고자 하는 경우에 **한해** 이 양식을 작성하십시오.
 - 작성이 완료되면 다음 주소로 반송하십시오: **NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201**; 또는
또는 팩스: 518-486-3459, 또는 이메일: 스캔된 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.

본인은 자동 입금 등록을 취소하고자 합니다.

수령인 이름 _____ 생년월일(MM/DD/YYYY) _____

SSN의 마지막 네 자리 번호 **XXX -XX-** _____ 주간 전화번호(____) _____ - _____

수령인 우편 주소 _____

시 _____

주 _____ 우편번호 _____

자동입금 은행 계좌 정보:

계좌번호 _____ 라우팅 트랜짓 번호 _____

금융기관 이름(은행 또는 신용조합): _____

본인은 본인의 뉴욕주 영양보조 프로그램(SSP) 수당이 위에 표시된 금융기관 계좌로 자동입금되는 것의 취소를 승인합니다. 본인은 향후 SSP 수당이 종이 수표로 발행되고 SSP에 작성된 주소로 발송되는 것으로 알고 있습니다.

서명 _____

날짜 _____