

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

## Бланк отмены прямого депозита

### 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 отменить прямого депозита.
- Отправьте заполненную форму по адресу: NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201 или по **ФАКСУ** на номер 518-486-3459, либо **по электронной почте** отправьте отсканированную **лично подписанную** форму на адрес [otda.sm.ssp@otda.ny.gov](mailto:otda.sm.ssp@otda.ny.gov)
- Если у вас есть вопросы, звоните в **Центр поддержки клиентов программы SSP по номеру 1-855-488-0541**.

---

Я хочу отменить свое участие в программе прямого депозита.

Имя получателя \_\_\_\_\_ Дата рождения (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_

Последние четыре цифры номера SSN XXX -XX- \_\_\_\_\_ Номер телефона (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

Город \_\_\_\_\_

Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

---

### Информация о банковском счете для прямого депозита:

Номер счета \_\_\_\_\_ Код банка \_\_\_\_\_

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

---

Я даю разрешение на отмену прямого депозита моего пособия по программе штата Нью-Йорк по оказанию дополнительной помощи на вышеуказанный банковский счет финансового учреждения. Я понимаю, что в будущем мое пособие SSP будет оформляться в форме чека и отправляться на адрес, по которому вы зарегистрированы в программе SSP.

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_