

NYS OTDA স্টেট সম্পূরক কর্মসূচি
মনোনীত প্রতিনিধির ফর্ম

SSP প্রাপকের নাম:	ব্যক্তির আইডি নম্বর:
-------------------	----------------------

মনোনীত প্রতিনিধির নিয়োগ, পরিবর্তন, বা অবসান

আমি নিচের কাজটি করতে চাই (অনুগ্রহ করে একটি ঘরে টিক দিন):

- একজন নতুন মনোনীত প্রতিনিধি নিয়োগ আমার মনোনীত প্রতিনিধি পরিবর্তন
- আমার মনোনীত প্রতিনিধির নিয়োগের অবসান
- আমার মনোনীত প্রতিনিধির জন্য অনুমতি পরিবর্তন

মনোনীত প্রতিনিধির নাম:	
ঠিকানা:	টেলিফোন নম্বর:

মনোনীত প্রতিনিধির অনুমতির পর্যায়

আমি অনুরোধ করছি আমার মনোনীত প্রতিনিধি যেন নিচের পরিষেবাগুলি প্রদান করে:

- আমার হয়ে অর্থ গ্রহণকারী হয় এবং আমার মাসিক SSP ভাতা গ্রহণ ও ব্যবস্থাপনা করে *
- একটি নিরপেক্ষ শুনানিতে আমার প্রতিনিধিত্ব করে
- আমার পক্ষে তথ্য প্রদান ও গ্রহণ করে

***জরুরি তথ্য:** *এনক্লোজড ডিরেক্ট ডিপোজিট ফর্মটি অবশ্যই পূরণ করতে হবে যদি আপনার ব্যাংকিং অ্যাকাউন্ট তথ্য পরিবর্তন করতে হয়।*

SSP প্রাপকের স্বাক্ষর:	প্রাপক স্বাক্ষর করতে না পারলে সাক্ষীর স্বাক্ষর। সাক্ষী মনোনীত প্রতিনিধি হতে পারবে না।
X	X
স্বাক্ষরের তারিখ:	স্বাক্ষরের তারিখ:

মনোনীত প্রতিনিধির প্রত্যয়ন

উপরে উল্লিখিত SSP প্রাপকের মনোনীত প্রতিনিধি হিসেবে, আমি প্রত্যয়ন করছি যে আমি SSP-র মনোনীত প্রতিনিধির অধিকার ও কর্তব্য ফর্মে প্রদত্ত সকল প্রবিধান পড়েছি এবং সেগুলির সাথে সম্মত আছি। আমি প্রত্যয়ন করছি যে উপরে প্রদত্ত সকল তথ্য সঠিক, এবং এই মর্মে নিশ্চিত করছি যে আমি নিচের আবশ্যিকতা মেনে চলবো:

মনোনীত প্রতিনিধির স্বাক্ষর:	স্বাক্ষরের তারিখ:
X	

দায়িত্বের অবসান

আপনি যদি মনোনীত প্রতিনিধি হিসেবে আপনার দায়িত্বের অবসান করতে চান, অনুগ্রহ করে নিচে আপনার নাম লিখুন এবং স্বাক্ষর করুন।

আমি, _____, উপরে উল্লিখিত প্রাপকের মনোনীত প্রতিনিধি হিসেবে আমার দায়িত্বের অবসান করতে ইচ্ছুক। আমি প্রাপককে আমার দায়িত্ব অবসানের ব্যাপারে জানিয়েছি এবং প্রাপককে প্রয়োজনীয় ব্যাংকিং পরিবর্তন করার পরামর্শ প্রদান করেছি।

মনোনীত প্রতিনিধির স্বাক্ষর: X	স্বাক্ষরের তারিখ:
---	-------------------

ফর্মটি এই ঠিকানায় ফেরত দিন:

NYS OTDA State Supplement Program
PO Box 1740
Albany, New York 12201;

ইমেইলের মাধ্যমে: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

অথবা ফ্যাক্স করুন: 518-486-3459