

Fòmilè pou Reprezantan Yo Te Nonmen an

Non Moun k'ap Resevwa SSP a:	Nimewo Idantifikasyon Moun nan:
------------------------------	---------------------------------

Nominasyon, ranplasman oubyen revokasyon reprezantan ou te nonmen an

Mwen vle fè sa mwen pral chwazi la (*tanpri fè kwa nan yonn nan kazye yo*):

- Nonmen yon nouvo reprezantan mwen te chwazi
 Ranplase reprezantan mwen te nonmen an
 Revoke Nominasyon reprezantan mwen te nonmen an
 Chanje pèmasyon reprezantan aktyèl mwen te nonmen an

Non Reprezantan mwen te Nonmen an:	
Adrès:	Nimewo Telefòn:

Nivo Pèmasyon reprezantan mwen te nonmen an

Mwen te mande pou reprezantan mwen te nonmen an bay sèvis mwen pral site la yo:

- Aji antan ke Benefisyè mwen epi resevwa epi jere Benefis SSP* mansyèl mwen yo
 Repezante mwen nan Odyans Lajistis yo
 Bay epi Resevwa Enfòmasyon ak pèmasyon mwen

***ENFÒMASYON KI ENPÒTAN:** *Ou dwe ranpli fòmilè Depo Dirèk ki Enkli an si enfòmasyon kont bankè ou an pral chanje.*

Siyati Moun k'ap Resevwa SSP a:	Siyati Moun ki Temwen an si Moun k'ap Resevwa SSP a pa kapab siyen pou tèt li. <i>Moun ki Temwen an pa kapab se reprezantan yo te nonmen an.</i>
X	X
Dat Siyati a:	Dat Siyati a:

Sètifikasyon reprezantan yo te nonmen an

Antan ke reprezantan yo te nonmen pou moun k'ap resevwa SSP ke yo sot site la, mwen sètifye ke mwen te li epi mwen te dakò ak tout pwovizyon legal ki genyen nan fòmilè DWA AK RESPONSABILITE REPEZANTAN YO TE NONMEN POU SSP YO. Mwen sètifye ke enfòmasyon ki anlè yo kòrèk, epi mwen deklare prezantman ke mwen pral aplike kondisyon sa ki la yo:

Siyati Reprezantan yo te Nonmen an:	Dat Siyati a:
X	

Demisyone nan Travay la

Si ou swete demisyone kòm reprezantan yo te nonmen an, tanpri ekri non ou an majiskil epi siyen anba la.

Mwen, _____, swete demisyone kòm reprezantan yo te nonmen pou moun sa yo sot site pi wo a. Mwen te enfòme moun ki konsène a de demisyon mwen an, epi me te enfòme li pou li fè chanjman bankè ki nesèsè yo.

Siyati Reprezantan yo te Nonmen an: X	Dat Siyati a:
---	---------------

Tanpri voye fòmilè sa tounen bay:

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

voye pa kourye elektwonik nan: otda.sm.ssp@otda.ny.gov

oubyen pa faks nan: 518-486-3459.