

**Formularz dotyczący wyznaczonego przedstawiciela**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy SSP:	Nr identyfikacyjny:
--	---------------------

**Powołanie, zmiana lub odwołanie wyznaczonego przedstawiciela**

Chcę (zaznaczyć jedną odpowiedź):

- Powołać nowego wyznaczonego przedstawiciela
  Zmienić wyznaczonego przedstawiciela  
 Odwołać wyznaczonego przedstawiciela  
 Zmienić uprawnienia mojego obecnego wyznaczonego przedstawiciela

Imię i nazwisko wyznaczonego przedstawiciela:	
Adres:	Numer telefonu:

**Poziom uprawnień wyznaczonego przedstawiciela**

Proszę, aby mój wyznaczony przedstawiciel świadczył następujące usługi:

- Występował jako odbiorca świadczeń i odbierał moje comiesięczne świadczenia SSP oraz nimi zarządzał\*  
 Reprezentował mnie na postępowaniu wyjaśniającym  
 Podawał i odbierał informacje w moim imieniu

**\* WAŻNE:** Jeżeli dane bankowe ulegną zmianie, należy wypełnić załączony formularz danych do przelewu.

Podpis świadczeniobiorcy SSP:  <b>X</b>	Podpis świadka, jeżeli świadczeniobiorca nie może podpisać. Świadkiem nie może być wyznaczony przedstawiciel.  <b>X</b>
Data złożenia podpisu:	Data złożenia podpisu:

**Oświadczenie wyznaczonego przedstawiciela**

Jako wyznaczony przedstawiciel wyżej wymienionego świadczeniobiorcy SSP zaświadczam, że znam i akceptuję wszystkie postanowienia zawarte w formularzu SSP zatytułowanym PRAWA I OBOWIĄZKI WYZNACZONYCH PRZEDSTAWICIELI. Oświadczam, że powyższe informacje są prawidłowe i niniejszym potwierdzam, że będę przestrzegać następujących wymagań:

Podpis wyznaczonego przedstawiciela:  <b>X</b>	Data złożenia podpisu:
--	------------------------

**Rezygnacja**

Jeżeli wyznaczony przedstawiciel chce zrezygnować z pełnionej roli, powinien wpisać swoje imię i nazwisko drukowanymi literami i złożyć podpis.

Ja, \_\_\_\_\_, chcę zrezygnować z roli wyznaczonego przedstawiciela wymienionego wyżej świadczeniobiorcy. Świadczeniobiorca został powiadomiony o mojej rezygnacji oraz o konieczności dokonania zmiany danych bankowych.

Podpis wyznaczonego przedstawiciela: <b>X</b>	Data złożenia podpisu:
--	------------------------

**Formularz odesłać na adres:**

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

pocztą elektroniczną na adres: [otda.sm.ssp@otda.ny.gov](mailto:otda.sm.ssp@otda.ny.gov)

LUB faksem pod numer: 518-486-3459