

## ডিরেক্ট ডিপোজিট এনরোলমেন্ট ফর্ম

## নির্দেশনা:

- যেসব ব্যক্তি শুধু SSP ভাতা পায় শুধু তারা পূরণ করবে। ফেডারেল SSI ভাতা প্রাপ্ত ব্যক্তিদেরকে SSA-র সাথে যোগাযোগ করতে হবে।
- এই ফর্মটি পূরণ করুন শুধু যদি আপনি ডিরেক্ট ডিপোজিটে নাম লেখাতে চান। উভয় বিভাগ সম্পূর্ণ পূরণ করতে হবে।
- পূরণকৃত ফর্মটি ফেরত দিবেন যেখানে: NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201; বা ফ্যাক্স করুন: 518-486-3459; বা হাতে স্বাক্ষর করা ফর্মটি ইমেইল করুন otda.sm.ssp@otda.ny.gov এ।
- অনুগ্রহ করে কোনও প্রশ্ন থাকলে 1-855-488-0541 নম্বরে SSP কাস্টোমার সাপোর্ট কেন্দ্রে যোগাযোগ করুন।

নিচের তথ্যগুলি অবশ্যই প্রদান করতে হবে। যদি কোনো তথ্য না থাকে, তাহলে পূরণ করার জন্য ফর্মটি ফেরত পাঠানো হবে।

প্রাপকের নাম \_\_\_\_\_ দিনের ফোন নম্বর (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
পদবী নাম মধ্যবর্তী আদ্যাক্ষর

প্রাপককে চিঠি পাঠানোর ঠিকানা \_\_\_\_\_  
 শহর \_\_\_\_\_ স্টেট \_\_\_\_\_ জিপ কোড \_\_\_\_\_

জন্ম তারিখ (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ SSN-র শেষ চার সংখ্যা XXX-XX-\_\_\_\_\_

আমি প্রত্যয়ন করছি যে আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট সম্পূরক কর্মসূচির সাথে সংশ্লিষ্ট ভাতা পাওয়ার অধিকারী। এই ফর্মটি স্বাক্ষর করে, আমি SSP-কে অনুমোদন দিচ্ছি আমার ভাতা নিম্নে উল্লিখিত আর্থিক প্রতিষ্ঠানে পাঠিয়ে আর্থিক প্রতিষ্ঠানটির নির্দেশিত অ্যাকাউন্টে ডিপোজিট করার জন্য। এই অনুমোদন আমি অবসান করার একটি লিখিত নোটিশ প্রদানের আগে পর্যন্ত বলবৎ থাকবে।

মুদ্রিত নাম \_\_\_\_\_ স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

## অ্যাকাউন্টের তথ্য

অনুগ্রহ করে নিচের তথ্য পূরণ করার জন্য এই ফর্মটি আপনার ব্যাংক বা ক্রেডিট ইউনিয়নে নিয়ে যান। এছাড়াও আপনি আপনার নাম ও ঠিকানাসহ একটি খালি পূর্বে মুদ্রিত (স্টার্টার নয়) চেক বা আপনার নাম ও ঠিকানাসহ একটি অ্যাকাউন্ট ডিপোজিট ফর্মও সংযুক্ত করতে পারেন।

এটি ভাতার একটি ট্রাস্ট অ্যাকাউন্ট বা কোনও বিদেশি আর্থিক প্রতিষ্ঠানের অ্যাকাউন্ট হতে পারবে না।

অ্যাকাউন্টের তথ্য:  চেকিং  সেভিংস

অ্যাকাউন্টের নাম: \_\_\_\_\_ প্রাপকের সাথে সম্পর্ক: \_\_\_\_\_

ব্যাংকের তথ্য: আর্থিক প্রতিষ্ঠানের (ব্যাংক বা ক্রেডিট ইউনিয়ন) নাম: \_\_\_\_\_

ঠিকানা \_\_\_\_\_ শহর \_\_\_\_\_ স্টেট \_\_\_\_\_ জিপ \_\_\_\_\_

অ্যাকাউন্ট নম্বর \_\_\_\_\_ রাউটিং ট্রানজিট নম্বর \_\_\_\_\_

উপরে উল্লিখিত আর্থিক প্রতিষ্ঠানের প্রতিনিধি হিসেবে, আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই আর্থিক প্রতিষ্ঠানটি ACH সক্ষম এবং তারা নিউ ইয়র্ক স্টেটের কোড, নিয়ম এবং প্রবিধানের (Codes, Rules and Regulations) অংশ 102 অনুযায়ী ভাতার অর্থ গ্রহণ ও উপরে প্রদর্শিত অ্যাকাউন্টে তা ডিপোজিট করবে। উপরে উল্লিখিত অ্যাকাউন্টে ক্রেডিট করা পেমেন্ট ডিপোজিটকারীর জন্য অবিলম্বে উপলভ্য হবে।

প্রতিনিধির স্বাক্ষর

প্রতিনিধির মুদ্রিত নাম

তারিখ