

## NYS OTDA州輔助計畫(SSP) 直接存款登記表格

說明：

- 僅僅領取 SSP 福利人士可填寫此表。領取聯邦 SSI 福利人士應聯絡 SSA。
- 僅在希望登記直接存款時使用本表格。必須兩個部分都要填寫。
- 填好的表格請寄回：NYS OTDA State Supplement Program, PO Box 1740, Albany NY 12201;或傳真至：518-486-3459; 或用電子郵件將手工填寫的表格發至 otda.sm.ssp@otda.ny.gov
- 如有問題，請撥打 SSP 顧客支援中心電話 1-855-488-0541。

必須提供以下資訊。如果任何資訊不完整，表格會被退回完成填寫。

領取人姓名 \_\_\_\_\_ 日間電話號碼 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

姓氏                      名                      中間名縮寫

領取人郵寄地址 \_\_\_\_\_ 城鎮 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞編碼 \_\_\_\_\_

生日 (月月/日日/年年年年) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      SSN的最後四位數    **XXX-XX-**\_\_\_\_\_

我保證我具備資格領取紐約州輔助計畫(SSP)有關福利。簽署本表格即表示我授權SSP將我的福利送往下列名稱金融機構，存入我在該金融機構的帳戶。授權持續有效知道我提供書面終止通知。

正楷填寫姓名 \_\_\_\_\_ 簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

### 帳戶資訊：

請攜帶此表前往您的銀行或信用合作社完成以下資訊。您可選擇隨附一張包含您的姓名和地址的作廢預印（不是首張）支票，或包含您的姓名和地址的帳戶存款單。

但不能是受益於另外或外國金融帳戶的信託帳戶。

帳戶資訊：     支票     儲蓄

帳戶名: \_\_\_\_\_ 與領取人關係: \_\_\_\_\_

銀行資訊：金融機構 (銀行或信用合作社)名稱: \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 城鎮 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞編碼 \_\_\_\_\_

帳號 \_\_\_\_\_ 路由傳輸號碼 \_\_\_\_\_

作為上述金融機構的代表，我保證本機構具備 ACH能力，會接受並按照紐約州規範，法規及規定第102並受其約束，將福利付款存入上述帳戶。存入上述帳戶款項立即可為戶主提用。

代表簽名

代表正楷填寫姓名

日期