

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

معلومات مهمة بخصوص

المدفوعات التكميلية الحكومية (SSP) للمستفيدين

Important Information Regarding State Supplementary Payment (SSP) for Payees

التاريخ:

إلى:

اسم العميل
اسم الوصي/الممثل القانوني، إن وجد
رقم العميل لدى إدارة خدمات الشيخوخة والإعاقة (ADSA)

عليك الطي هنا للمظروف المرؤد بنافذة.

تتلقى هذه المعلومات نظرًا لأن سجلاتنا تشير إلى أنك المستفيد المُعَيَّن للعميل المذكور أعلاه. إذا قررت إدارة الضمان الاجتماعي أن الشخص المذكور أعلاه يتطلب ممثلًا للمستفيد لتلقي دفعات دخل الضمان التكميلي (SSI) الخاصة به، فإنه يجب أن يكون لديه أيضًا مستفيد لتلقي المدفوعات التكميلية الحكومية (SSP) من إدارة الإعاقات النمائية (DDA). وبصفتك المستفيد، يُرجى التوقيع على هذا النموذج وإعادته إلى مدير الحالة المعني بالعميل في المظروف المرفق. واحتفظ بنسخة من أجل سجلاتك الخاصة.

من هو المستفيد الخاص بالعميل لتلقي المدفوعات التكميلية الحكومية (SSP)؟

- العميل هو المستفيد الخاص بنفسه.
- سيقوم ممثل المستفيد الخاص بدخل الضمان التكميلي (SSI) بإدارة المدفوعات التكميلية الحكومية (SSP).
- تم تعيين شخص/جهة أخرى لإدارة المدفوعات التكميلية الحكومية (SSP).

يكون الشخص/الجهة التي تم تعيينها لإدارة المدفوعات التكميلية الحكومية (SSP) مسؤولاً عن الأمور التالية:

- إبلاغ إدارة الإعاقات النمائية (DDA) في الوقت المناسب بأي تغيير في حالة دخل الضمان التكميلي (SSI)
- إبلاغ إدارة الإعاقات النمائية (DDA) بأي تغيير في الوضع المعيشي الخاص بالعميل.
- إبلاغ إدارة الإعاقات النمائية (DDA) في الوقت المناسب في حالة انتقال العميل إلى خارج ولاية واشنطن.
- صرف الأموال الصادرة عن إدارة الإعاقات النمائية (DDA)/المدفوعات التكميلية الحكومية (SSP) بالنيابة عن العميل.
- إبلاغ إدارة الإعاقات النمائية (DDA) بأي تغييرات في الظروف الخاصة بالمستفيد، والتي من شأنها أن تؤثر في أداء المسؤوليات الخاصة بالمستفيد.
- إعادة دفع أي من أموال المدفوعات التكميلية الحكومية (SSP) (بالنيابة عن العميل)، والتي تم صرفها عندما كان العميل غير مؤهل للحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI) عند استلامه لإشعار المدفوعات الزائدة الخاص بالعميل من جانب المدفوعات التكميلية الحكومية (SSP).
- يمكن أن يكون المستفيد مسؤولاً أيضًا عن إعادة دفع الأموال الخاصة بالمدفوعات التكميلية الحكومية (SSP) إذا كان على دراية بأن العميل كان غير مؤهل للحصول على المدفوعات التكميلية الحكومية (SSP).

معلومات المستفيد من المدفوعات التكميلية الحكومية (SSP)

الاسم
اسم الوكالة، إذا كان ينطبق
رقم الهاتف (الرمز الهاتفي للمنطقة)
الاسم

أدرك المسؤوليات الواردة أعلاه وأوافق عليها. وأوافق على إبلاغ إدارة الإعاقات النمائية (DDA) بشكل كتابي في حالة عدم رغبتني في أن أكون المستفيد من المدفوعات التكميلية الحكومية (SSP) الخاصة بهذا الفرد.

التوقيع

نسخة إلى: ملف العميل