



DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

**重要信息：关于
针对受款人的州辅助津贴付款(SSP)
Important Information Regarding State Supplementary Payment (SSP) for Payees**

日期:

至:

| |
|--------------------------|
| 个案当事人姓名 |
| 监护人/法定代表姓名(如适用) |
| 当事人的菁英与残障人士服务管理处(ADSA)号码 |

请在此处折叠，并使地址能在地址窗显露。

我们的记录显示，您是上列当事人的指定受款人；因此，我们向您提供此情况。如果社会安全管理局已确定上面列名者必须有一位代理受款人，以便代其接受安全收入津贴(SSI)付款，则该位列名者也必须有一位代理受款人，代其接受经由DDA颁发的SSP。受款人请签署此表格，并用随函附寄的信封将此表格寄还给当事人的个案管理员。请留一份副本，以供您保存。

谁是上列当事人的SSP受款人？

- 该位当事人是其本人的SSP受款人。
- 将由SSI代理受款人管理SSP付款。
- 已经指定另一位人士/实体管理SSP付款。

受指定管理SSP付款的人士/实体有以下责任：

- 若SSI资格发生任何变化，应及时通知DDA。
- 若当事人的居住状况发生任何变化，应通知DDA。
- 若当事人迁出华盛顿州，应及时通知DDA。
- 代当事人使用其DDA/SSP资金付款。
- 若受款人的境况发生任何变化并会因此而影响其履行受款人职责，应通知DDA。
- 若当事人收到「当事人SSP溢付款通知书」，则应（代当事人）偿还在其无资格享受SSI期间所领取的SSP付款
- 若受款人意识到当事人无资格领取SSP付款，则还需负责偿还SSP福利金。

SSP受款人有关情况

| | |
|-----------|---------------|
| 姓名 | |
| 机构名称（如适用） | |
| 地址 | 电话号码（请包括地区号码） |

本人明白且接受上述各项责任。若本人不再愿意担任此位人士的SSP受款人，我同意将采用书面形式通知DDA。

签名

副本抄送：接受服务者档案