



DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

Información importante acerca de Pagos Estatales Suplementarios (SSP) para beneficiarios
Important Information Regarding State Supplementary Payment (SSP) for Payees

FECHA:

PARA:

NOMBRE DEL CLIENTE
NOMBRE DE TUTOR/REPRESENTANTE LEGAL, SI LO HAY
NÚMERO ADSA DEL CLIENTE

DOBLE AQUÍ PARA SOBRE CON VENTANA.

Ha recibido esta información porque nuestros registros muestran que usted es el beneficiario designado del cliente arriba mencionado. Si la Administración del Seguro Social ha determinado que la persona arriba mencionada necesita un Beneficiario representante para sus pagos de SSI, él/ella también debe contar con un beneficiario para los pagos de SSP de la DDA. **Como beneficiario, firme y devuelva este formulario al administrador de caso del cliente en el sobre adjunto. Conserve una copia para su archivo.**

¿Quién es el beneficiario del cliente para SSP?

- El cliente es su propio beneficiario.
- El beneficiario representante de SSI administrará el SSP.
- Otra persona/entidad ha sido designada para administrar el SSP.

La persona/entidad designada para administrar el SSP tiene las siguientes responsabilidades:

- Notificar a la DDA de manera oportuna acerca de cualquier cambio en el estado de SSI.
- Notificar a la DDA acerca de cualquier cambio en la situación de vida del cliente
- Notificar a la DDA de manera oportuna si el cliente se muda fuera del estado de Washington
- Gastar los fondos de DDA / SSP en nombre del cliente.
- Notificar a la DDA acerca de cualquier cambio en las circunstancias del beneficiario que afectaría el cumplimiento de las responsabilidades del mismo.
- Reembolsar todos los fondos de SSP (en nombre del cliente) emitidos cuando el cliente no era elegible para SSI al recibir un Aviso de sobrepago al cliente de SSP.
- Además, es posible que el beneficiario sea responsable del reembolso de fondos de SSP si estaba enterado(a) de que el cliente no era elegible para SSP.

Información del beneficiario de SSP

NOMBRE	
NOMBRE DE LA AGENCIA, SI ES NECESARIO	
DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA)

Entiendo y acepto las responsabilidades indicadas anteriormente. Acepto notificar a la DDA por escrito en caso de que ya no desee ser el Beneficiario para SSP de esta persona.

FIRMA

cc: Archivo del cliente