Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

Важная информация для получателей дополнительных выплат от правительства штата (SSP)

Important Information Regarding State Supplementary Payment (SSP) for Payees

ДАТА:

КОМУ:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ОПЕКУНА / УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО
НОМЕР ADSA КЛИЕНТА

ЛИНИЯ СГИБА ДЛЯ КОНВЕРТА С ОКОШКОМ.

Вы получаете эту информацию, потому что в наших документах указано, что вы являетесь лицом, которое получает пособие для указанного выше клиента. Если Администрация социального обеспечения (Social Security Administration) установила, что указанному выше лицу необходим представитель, который будет получает его/ее платежи в SSI, то это лицо должно также иметь представителя, который будет получать его/ее платежи SSP от DDA. **В качестве лица, которое будет получать платежи, пожалуйста, подпишите эту форму и верните ее в прилагаемом конверте менеджеру, ведущему дело клиента. Сохраните копию для вашей документации.**

Кто является получателем выплат SSP для клиента?

- ☐ Клиент сам (-а) получает выплаты для себя.
- ☐ Лицо, являющееся представителем-получателем SSI, будет получать SSP.
- ☐ Для получения SSP назначено другое лицо/организация.

У лица/организации, назначенных для получения SSP, есть следующие обязанности:

- Своевременно уведомлять DDA о любом изменении статуса SSI.
- Уведомлять DDA о любом изменении в жизненной ситуации клиента.
- Своевременно уведомлять DDA в случае, если клиент переезжает за пределы штата Вашингтон.
- Расходовать средства DDA / SSP от имени клиента.
- Уведомлять DDA о любых изменениях в обстоятельствах лица, являющегося получателем пособий, которые могут повлиять на выполнение обязанностей этим лицом.
- Возвратить все средства SSP (от имени клиента), выданные в то время, когда клиент не имел права получать SSI, при получении уведомления о переплате SSP клиенту (SSP Client Overpayment Notice)
- Получатель может быть также ответственным за возврат средств по программе SSP, если ему/ей было известно о том, что клиент не имеет права получать SSP.

Информация о получателе SSP

ПОЛНОЕ ИМЯ	
НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО	
АДРЕС	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ МЕСТНОСТИ)

Я понимаю и принимаю указанные выше обязанности. Я согласен (-на) уведомить в письменной форме отдел DDA в случае, если я более не желаю быть получателем SSP для этого клиента.

_____

ПОДПИСЬ

копии: Досье клиента