



DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
SSP受給者とその受取人への重要なお知らせ
Important Information for SSP Recipients and Their Payees

日付:

様

受給者 の氏名

後見人・法的代理人の氏名

受給者のADSA番号

窓付き封筒用にここを折ってください

あなたは上に記載された受給者の受取人に設定されていることが当課の記録に示されているため、この情報を受け取っています。上記の人物がSSIの支払いに代理受取人を必要とすると社会保障局が決定した場合、その人に発達障害課からの州からの補足給付金の受取人がいなければなりません。他の受取人が要請されない限りは、SSIの代理受取人はSSP小切手の受取人となります。（代替の受取人はDDAケースマネージャーに連絡して要請してください。）受取人として、このフォームに署名をし、同封の封筒に入れ、受給者のケースマネージャーまでご送付ください。自分の記録用に一部保管してください。

受給者のSSP受取人は誰ですか？

- 受給者は自分の受取人です。
- SSI代理受取人がSSPを管理します。
- 他人・対象人物がSSPを管理するように設定されています。

SSPを管理するよう設定されたこの人物・対象人物には次の義務があります。

- SSIステータスの変化をDDAに通知すること
- 受給者の生活状況の変化をDDAに通知すること
- 受給者がワシントン州外に引っ越しをした場合DDAに通知すること
- 受給者の代理としてDDA・SSPを使うこと
- 要請に応じてDDAに受取額の書面の報告書を提出すること、そして
- 受取人としての義務の遂行に関わるような受取人の状況に変化が起きた場合DDAに通知すること
- SSP受給者超過支払通知を受け取り、受給者がSSI受給資格がない場合、発行されたSSP資金を返金すること（受給者の代理）
- 受給者がSSP受給の資格がないとわかっていた場合、受取人はSSP資金を返金する責任があります。

SSP受取人情報

氏名	生年月日	ソーシャルセキュリティ番号（個人受取人の場合は必須）
機関名	受給者との関係	
住所:	電話番号（市外局番を含むこと）	

上記の義務を理解し、受諾しました。この個人に対しての支払人であることを放棄することを望む場合、DDAに書面にて通知することに同意します。

署名

cc: 顧客ファイル