



## Форма для зміни постачальника/отримувача платежу

### Інструкція щодо заповнення форми для зміни постачальника/отримувача платежу

**Форма для зміни повинна використовуватися для виконання наступних дій:**

зміна контактної особи для отримання дозволу;  
зміна назви "DBA (Doing Business As, ведення діяльності як)";  
зміна номеру телефону;  
зміна адреси ел. пошти (для грошових переказів і листування);  
зміна офіційної поштової адреси;  
додавання додаткових записів з тим самим TIN (Taxpayer Identification Number, ідентифікаційний податковий номер).

#### **Примітка:**

Якщо ви пишете від руки, а не НАБИРАЄТЕ текст, будь ласка, пишiть чiтко, тiльки синiм або чорним чорнилом. Форми не приймаються, якщо в них є помарки, закреслені або переписані дані.

#### **Частина А. Ідентифікаційні дані:**

Ви **ОБОВ'ЯЗКОВО** повинні вказати свій загальнодержавний номер постачальника.

Якщо ви не знаєте свій загальнодержавний номер постачальника, скористайтеся сторінкою [ПОШУК ПОСТАЧАЛЬНИКА](#).

Ви повинні вказати свою юридичну назву так само, як вона зареєстрована в IRS (Internal Revenue Service, Внутрішня служба оподаткування США).

Ви повинні вказати своє DBA, якщо воно у вас є.

Ви **ОБОВ'ЯЗКОВО** повинні вказати свій SSN (Social Security Number, номер соціального страхування) АБО EIN (Employer Identification Number, ідентифікаційний номер роботодавця).

#### **Частина В. Зміни, які необхідно внести:**

Якщо ви представляєте компанію, **ОБОВ'ЯЗКОВО** потрібно вказати ім'я контактної особи.

Якщо ви бажаєте додати додатковий запис або змінити існуючий, використовуйте відповідні позначки.

Для кожного додаткового запису ви повинні заповнити всю форму.

#### **Блок підпису:**

Будь ласка, підпишіть ручкою («мокрый підпис»).

Електронні, вставлені або скріплені печаткою підписи не приймаються.

Ця форма не вважається дійсною, якщо вона не підписана.

#### **Зверніть увагу:**

Якщо ви робите щось із наведеного нижче, не заповнюйте цю форму. Ви **ОБОВ'ЯЗКОВО** повинні надіслати нову реєстраційну форму (W9) для:

зміни ідентифікаційного податкового номеру (TIN) АБО

зміни юридичної назви

#### **Подання форми для зміни постачальника/отримувача платежу:**

Будь ласка, **РОЗДРУКУЙТЕ** та **ПІДПИШІТЬ** заповнену форму

**ВІДСКАНУЙТЕ** у PDF-форматі та **НАДІШЛІТЬ** ЕЛ. ПОШТОЮ на адресу: [payeeforms@ofm.wa.gov](mailto:payeeforms@ofm.wa.gov)

Надішліть **ФАКСОМ** на номер: (360) 664-3363 АБО

Надішліть **ЗА АДРЕСОЮ**: Statewide Payee Registration, PO Box 41450, Olympia, WA 98504-1450



БУДЬ ЛАСКА, НЕ СКРІПЛЮЙТЕ СТЕПЛЕРОМ

### Форма для зміни постачальника/отримувача платежу

**Зверніть увагу:** Для внесення змін до існуючих реєстрацій з вами зв'яжуться через вашу зареєстровану адресу ел. пошти, номер телефону або звичайну поштову адресу, щоб підтвердити цю зміну. Зміни не набудуть чинності, доки ми не зможемо успішно підтвердити зміни разом із контактною особою, зазначеною у справі.

#### ЧАСТИНА А: Вкажіть ідентифікаційні дані: ВСІ ПОЛЯ Є ОBOB'ЯЗКОВИМИ ДЛЯ ЗАПОВНЕННЯ:

Загальнодержавний номер  
постачальника:

S	W	V									-		
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Юридична назва: \_\_\_\_\_

ВЕДЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЯК (ДВА): \_\_\_\_\_

Ідентифікаційний податковий номер:  
(SSN або EIN)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### Частина В: Зміни, які необхідно внести:

- Позначте це поле, щоб **додати** додати додатковий запис, заповніть всю форму.
- Позначте це поле, щоб **змінити** існуючий запис. Заповнюйте лише ті поля, які ви хочете змінити.

Ім'я контактної особи: \_\_\_\_\_

ДВА (ведення діяльності як): \_\_\_\_\_

Номер телефону: \_\_\_\_\_

Ел. пошта: \_\_\_\_\_

Поштова адреса: \_\_\_\_\_

(Номер дому, вулиця та номер квартири або апартаментів)

Місто, штат і поштовий індекс: \_\_\_\_\_

Уповноважений представник (будь ласка, роздрукуйте) \_\_\_\_\_ Посада \_\_\_\_\_

ПІДПИС уповноваженого представника \_\_\_\_\_

Дата: ця форма є дійсною протягом 90 днів \_\_\_\_\_