

뉴욕주 복지 관련 부당 사례 신고

본 NYS OTDA 양식을 사용해 뉴욕주에서 발생한 부당 사례를 신고할 수 있는 것은 다음의 프로그램에 한정됩니다. 공공/현금 지원, SNAP(영양 보충 지원 프로그램, 과거 푸드 스탬프(Food Stamps)), HEAP(주택용 에너지 지원 프로그램), 메디케이드(Medicaid), SSI Disability 또는 SNAP 벤더의 부당 사례의 경우, 연락처에 기재된 기존의 복지 관련 부당 사례 신고(Reporting Welfare Fraud) 페이지를 확인해 주십시오.

고객 정보

이름: _____ 중간 이름: _____ 성: _____
거리 주소: _____ 시: _____ 주: 뉴욕
우편번호: _____ 전화번호(숫자 10자리 - 지역 번호부터): _____ 성별: 남성 여성 X
생년월일(월/일/연도): _____ 사회보장번호 (9 자리): _____

신고 내용

사건 번호(알고 있을 경우): _____
고객이 지원을 받고 있는 지역 사무소 또는 카운티: _____

사건 종류(해당하는 모든 것 선택):
 SNAP(푸드 스탬프) 공공 지원 주택용 에너지 지원 프로그램(HEAP)

신고 내용(필수): 신고 관련 상세한 내용을 입력해 주십시오. 해당 신고에 아동 또는 미신고 소득이 포함될 경우, 아동의 이름 및/또는 고용주의 이름 및 주소를 알려 주십시오. 추가 공간이 필요할 경우, 양식 뒷면을 사용해 주십시오.

연락처

연락처 정보 제공은 선택 사항이지만, 추가 확인이 필요할 경우 해당 정보가 유용하게 사용될 수 있습니다.

이름: _____ 중간 이름: _____ 성: _____
거리명: _____ 아파트 동호수: _____
시: _____ 주: 뉴욕 우편번호: _____
전화 번호(숫자 10개 - 지역 번호 먼저): _____ 이메일: _____

기밀유지법에 의거하여 사례의 결과 또는 상세 내용에 대해 귀하에게 통지하거나 대응할 수 없습니다.

양식을 작성 완료한 후 다음의 주소 또는 팩스로 발송해 주십시오.

NYS Office of Temporary & Disability Assistance
40 North Pearl St. - 3rd Floor
Albany, NY 12243
팩스 번호 (518) - 473-6236