

Zgłaszanie oszustw związanych z opieką społeczną popełnionych w stanie Nowy Jork

Prosimy skorzystać z formularza NYS OTDA, aby zgłosić oszustwa w stanie Nowy Jork dotyczące wyłącznie tych programów: pomocy publicznej/pieniężnej, SNAP (programu uzupełniającej pomocy żywieniowej, dawniej nazywanego Food Stamps) i HEAP (programu pomocy w opłaceniu kosztów energii). W przypadku nadużyć ze strony dostawców programów Medicaid, SSI Disability lub SNAP, prosimy zapoznać się z informacjami kontaktowymi na poprzedniej stronie dotyczącej zgłaszania nadużyć związanych z opieką społeczną.

INFORMACJE O KLIENCIE

Imię: _____ Inicjał drugiego imienia: _____ Nazwisko: _____

Ulica: _____ Miasto: _____ Stan: Nowy Jork

Kod pocztowy: _____ Telefon (10 numerów – najpierw numer kierunkowy): _____ Płeć: ___M ___K ___X

Data urodzenia (MM/DD/RRRR): _____ Numer ubezpieczenia społecznego (limit 9 cyfr): _____

INFORMACJE O ZARZUTACH

Numer sprawy (jeśli jest znany): _____

Lokalny okręg lub hrabstwo, w którym klient otrzymuje pomoc: _____

Rodzaj sprawy (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie):

_____SNAP (kupony żywnościowe) _____Pomoc publiczna _____Program pomocy w opłaceniu rachunków domowych za energię (HEAP)

Komentarz (wymagany): Prosimy wprowadzić szczegółowe informacje dotyczące zarzutu. Jeśli zarzut dotyczy dzieci lub niezgłoszonego dochodu, należy podać imiona i nazwiska dzieci i/lub nazwę i adres pracodawcy. Jeśli potrzebuje Pan(i) więcej miejsca, prosimy użyć odwrotnej strony formularza.

PANA(I) DANE KONTAKTOWE

Podanie przez Pana(ią) danych kontaktowych jest opcjonalne, ale będzie dla nas pomocne w przypadku, gdybyśmy potrzebowali dodatkowych wyjaśnień.

Imię: _____ Inicjał drugiego imienia: _____ Nazwisko: _____

Ulica: _____ Nr lok.: _____

Miejscowość: _____ Stan: NOWY JORK Kod pocztowy: _____

Telefon (10 numerów – najpierw numer kierunkowy): _____ E-mail: _____

Ze względu na przepisy o zachowaniu poufności NIE możemy poinformować ani odpowiedzieć Panu(i) na temat wyniku lub szczegółów sprawy.

Wypełniony formularz należy wysłać pocztą lub faksem na adres:

NYS Office of Temporary & Disability Assistance

40 North Pearl St. – 3rd Floor

Albany, NY 12243

Numer faksu (518) – 473-6236