

الإبلاغ عن الاحتيال في مجال الرعاية الاجتماعية المرتكب في ولاية نيويورك

يرجى استخدام نموذج NYS OTDA هذا للإبلاغ عن الاحتيال في ولاية نيويورك لهذه البرامج فقط: المعونة العامة / النقدية ، SNAP (برنامج المعونة الغذائية التكميلية ، المعروف سابقاً باسم فود ستامبس) و HEAP (برنامج معونة الطاقة المنزلية). بالنسبة إلى احتيال Medicaid أو SSI Disability أو بانعي SNAP ، يرجى الرجوع إلى صفحة الإبلاغ عن الاحتيال في الرعاية الاجتماعية السابقة للحصول على معلومات الاتصال.

معلومات العميل

الاسم الأول: _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط: _____ اسم العائلة: _____
عنوان الشارع: _____ المدينة: _____ الولاية: نيويورك
الرمز البريدي: _____ : الهاتف (10 أرقام - رمز المنطقة أولاً): _____ الجنس: _____ ذكر M _____ أنثى F _____ X
تاريخ الميلاد (MM/DD/YYYY): _____ رقم الضمان الاجتماعي (9 أرقام فقط): _____

معلومات الادعاء

رقم الحالة (إذا كان معروفاً): _____
المنطقة أو المقاطعة المحلية التي يتلقى فيها العميل المعونة: _____
نوع الحالة (يرجى تحديد كل ما ينطبق):
SNAP (برنامج المعونة الغذائية التكميلية) _____ المعونة العامة _____ برنامج معونة الطاقة المنزلية (HEAP)

تعليق (مطلوب): يرجى إدخال التفاصيل المتعلقة بالادعاء. إذا كان الادعاء يتعلق بأطفال أو دخل غير مبلغ عنه ، فقم بتضمين أسماء الأطفال و / أو اسم صاحب العمل وعنوانه. استخدم الجزء الخلفي من النموذج إذا كانت هناك حاجة إلى مساحة أكبر.

معلومات الاتصال الخاصة بك

معلومات الاتصال الخاصة بك اختيارية ولكنها ستكون مفيدة لنا في حال احتجنا إلى أي توضيح إضافي.
الاسم الأول: _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط: _____ اسم العائلة: _____
عنوان الشارع: _____ رقم شقة: _____
مدينة: _____ الولاية: نيويورك الرمز البريدي: _____
الهاتف (10 أرقام - رمز المنطقة أولاً): _____ البريد الإلكتروني: _____

بسبب قوانين السرية ، لا يمكننا إبلاغك أو الرد عليك فيما يتعلق بنتيجة أو تفاصيل القضية.

يرجى إرسال النموذج المكتمل أو إرساله بالفاكس إلى:
NYS Office of Temporary & Disability Assistance
40 North Pearl St. – 3rd Floor
Albany, NY 12243
رقم الفاكس 473-6236 – (518)