

Denuncia di frodi assistenziali nello New York

Utilizzare questo modulo dell'OTDA dello Stato di New York per denunciare frodi commesse nello Stato relative esclusivamente ai programmi seguenti: Assistenza sociale/in denaro, SNAP [Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione, precedentemente denominato Buoni pasto (Food Stamps)] e HEAP (Programma di assistenza energetica abitativa). Per quanto riguarda le frodi relative a Medicaid, assistenza a disabili con reddito supplementare di previdenza (Supplemental Security Income, SSI) o SNAP, fare riferimento alla pagina delle informazioni di contatto della precedente Denuncia di frodi assistenziali.

DATI DEI CLIENTI

Nome: _____ Iniziale 2° nome: _____ Cognome: _____

Indirizzo: _____ Città: _____ Stato: New York

Codice postale: _____ Telefono (10 numeri – prima il prefisso locale): _____ Genere: ___M ___F ___X

Data di nascita (MM/GG/AAA): _____ Numero di previdenza sociale (solo 9 numeri): _____

DATI DELLA DENUNCIA

Numero della pratica (se noto): _____

Distretto locale o contea in cui il cliente sta ricevendo le prestazioni assistenziali: _____

Tipo di pratica (sono possibili più risposte):

_____SNAP (Buoni pasto) _____Assistenza sociale ___Programma di assistenza energetica abitativa (HEAP)

Note (obbligatorie): Indicare i particolari della denuncia. Se la denuncia riguarda minori o redditi non dichiarati indicare i nomi dei minori e/o nome e indirizzo del datore di lavoro. Se lo spazio non è sufficiente usare il retro del modulo.

DATI DI CONTATTO DEL DENUNCIANTE

Indicare i dati di contatto del denunciante è facoltativo ma potrebbe essere utile qualora avessimo bisogno di ulteriori chiarimenti.

Nome: _____ Iniziale 2° nome: _____ Cognome: _____

Indirizzo: _____ Interno n.: _____

Città: _____ Stato: NEW YORK Codice postale: _____

Telefono (10 numeri – prima il prefisso locale): _____ E-mail: _____

Ai sensi delle leggi in materia di riservatezza NON siamo in grado di informare il - o rispondere al - denunciante in merito all'esito o ad altri particolari relativi ad una pratica.

Spedire o trasmettere via fax il modulo compilato a:

NYS Office of Temporary & Disability Assistance

40 North Pearl St. – 3rd Floor

Albany, NY 12243

Numero di fax (518) – 473-6236