

Сообщить о мошенничестве с льготами социального обеспечения в штате Нью-Йорк

Пожалуйста воспользуйтесь предоставленной формой NYS ОТДА для заявления о мошенничестве в штате Нью-Йорк только в отношении следующих программ: Общественная помощь/пособие наличными средствами, программа SNAP (программа дополнительного питания, ранее называемая программой фудстемпов), и программа HEAP (программа пособий для оплаты домашних энергоносителей). Если вы хотите сообщить о мошенничестве в отношении поставщиков программ Медикэйд, льгот по нетрудоспособности SSI или пособий SNAP, пожалуйста, воспользуйтесь контактной информацией на предыдущей странице бланка сообщения о мошенничестве.

ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ

Имя: _____ Инициал среднего имени: _____ Фамилия: _____

Адрес проживания: _____ Город: _____ Штат: Нью-Йорк

Почт. индекс: _____ Номер телефона (10 цифр с кодом города): _____ Пол: М Ж X

Дата рождения (ММ/DD/YYYY): _____ Номер SSN. (не более 9 цифр): _____

ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Номер дела (если известен): _____

Местный или окружной отдел социальных служб, где клиенту оказывается помощь: _____

Тип дела (отметьте, пожалуйста, все нужные клетки):

Программа SNAP (фудстемпы) Общественная помощь (РА) Программа пособий для оплаты домашних энергоносителей (HEAP)

Примечания (треб.): Просьба вписать подробную информацию, касающуюся вашего предположения. Если предположение касается детей или неучтенных доходов, впишите имена детей и/либо название и адрес работодателя. Если не хватило места, можно использовать обратную сторону этого бланка.

ВАША КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вы не обязаны сообщать вашу контактную информацию, но это может быть нам полезным в том случае, если нам понадобятся дополнительные разъяснения.

Имя: _____ Инициал среднего имени: _____ Фамилия: _____

Адрес проживания: _____ Кв. №: _____

Город: _____ Штат: НЬЮ-ЙОРК Почтовый индекс: _____

Номер телефона (10 цифр с кодом города): _____ E-mail: _____

На основании законов о конфиденциальности информации, мы НЕ сможем сообщить вам о результатах расследования или ответить на ваши вопросы по поводу деталей этого дела.

Просьба направлять заполненную форму по следующему адресу или по факсу:

NYS Office of Temporary & Disability Assistance

40 North Pearl St. – 3rd Floor

Albany, NY 12243

Номер факса (518) – 473-6236