

Bureau chargé de l'assistance temporaire et de l'invalidité
(Office of Temporary and Disability Assistance)

Signalement de fraudes aux allocations commises dans l'État de New York

Veillez utiliser le présent formulaire de l'OTDA de l'État de New York pour signaler les fraudes dans l'État de New York **uniquement** pour les programmes suivants : Aide sociale/assistance financière, SNAP (Programme d'aide de nutrition supplémentaire, anciennement appelé Food Stamps [coupons alimentaires]) et HEAP (Programme d'aide à l'énergie domestique). Pour les fraudes à Medicaid, à l'invalidité SSI ou aux vendeurs SNAP, veuillez vous référer à la page précédente de Signalement de fraudes aux allocations pour obtenir les informations de contact.

Informations sur le client

Prénom Initiale du second prénom Nom Date de naissance (MM/JJ/AAAA)

Nom de la rue Ville État Code postal

SSN (9 chiffres seulement) Sexe Femme Homme X Téléphone (10 chiffres – indicatif régional en premier)

Informations sur les allégations

Numéro de dossier (s'il est connu) District local ou comté où le client reçoit de l'aide

Type de cas (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)

SNAP (coupons alimentaires) Aide sociale Programme d'aide à l'énergie domestique (Home Energy Assistance Program, HEAP)

Commentaire (*obligatoire*) veuillez indiquer les détails de l'allégation. Si l'allégation concerne des enfants ou des revenus non déclarés, indiquez le nom des enfants et/ou le nom et l'adresse de l'employeur. Utilisez le verso du formulaire si vous avez besoin de plus d'espace.

Vos coordonnées

Vos coordonnées sont **facultatives**, mais elles nous seront utiles au cas où nous aurions besoin d'éclaircissements supplémentaires.

Prénom Initiale du second prénom Nom

Nom de la rue Ville État Code postal

Téléphone (10 chiffres – indicatif régional en premier) E-mail

En raison des lois sur la confidentialité, nous ne sommes **PAS** tenus de vous informer ou de vous répondre quant à l'issue ou aux spécificités d'un dossier.

Veillez envoyer ou télécopier le formulaire dûment rempli à :

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
40 North Pearl Street, 3rd Floor
Albany, NY 12243

Numéro de télécopieur : 518-473-6236