

Denuncia de fraude de asistencia social cometido en el estado de Nueva York

Utilice este formulario de la OTDA del estado de Nueva York para denunciar fraudes en el estado de Nueva York **únicamente** para estos programas: Asistencia pública/en efectivo (Public/Cash Assistance), SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, anteriormente conocido como Cupones de Alimentos [Food Stamps]) y HEAP (Programa de Subsidio de Energía para el Hogar). Para fraude de proveedores de Medicaid, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) por discapacidad o SNAP, consulte la página anterior con la información de contacto Denuncia de fraude de asistencia social.

Información del cliente

Nombre Segundo nombre Apellido Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Dirección Ciudad Estado Código postal

Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) (solo 9 cifras) Género Teléfono (10 números, primero el código de área)

Femenino Masculino

Información de la acusación

Número de caso (si se sabe) Distrito local o condado donde el cliente recibe asistencia

Tipo de caso (marcar todas las opciones que correspondan)

SNAP (cupones de alimentos) Asistencia pública Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP, por sus siglas en inglés)

Comentario (*obligatorio*): Ingrese los detalles sobre la acusación. Si la acusación involucra a niños o ingresos no declarados, incluya los nombres de los niños o el nombre y la dirección del empleador. Utilice el reverso del formulario si necesita más espacio.

Su información de contacto

Su información de contacto es **opcional**, pero sería útil en caso de que necesitemos alguna aclaración adicional.

Nombre Segundo nombre Apellido

Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono (10 números, primero el código de área) Correo electrónico

Debido a las leyes de confidencialidad, **NO** podemos informarle ni responderle sobre el resultado o los detalles específicos de un caso.

Envíe por correo o por fax el formulario completo a:

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

Número de fax: 518-473-6236