

الإبلاغ عن الاحتيال على نظام الويلفير في ولاية نيويورك

يرجى استخدام هذا النموذج من مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA) للإبلاغ عن الاحتيال في ولاية نيويورك فقط فيما يخص البرامج التالية: المعونة العامة/النقدية، سناب (معونة التغذية التكميلية المعروفة سابقاً باسم فود ستامبس) وهيب (برنامج المعونة في دفع نفقات الطاقة المنزلية). لمديكيد أو العجز لبرنامج الضمان الاجتماعي التكميلي أو الاحتيال من قبل موردي سناب يرجى الرجوع إلى معلومات الاتصال في صفحة الإبلاغ عن الاحتيال على نظام الويلفير.

معلومات العميل:

الاسم الأول: _____ الحرف الأول من الاسم الوسط: _____ الاسم الأخير: _____
عنوان الشارع: _____ المدينة: _____ الولاية: نيويورك
الرمز البريدي: _____ رقم الهاتف (10 أرقام - رمز المنطقة أولاً): _____ النوع: _____ ذكر _____ أنثى _____
تاريخ الميلاد (ش/ي/ي/س/س/س): _____ رقم الضمان الاجتماعي (9 أرقام فقط): _____

معلومات الاحتيال المدعى

رقم الملف (إذا كان معروفاً): _____
دائرة الخدمات أو المقاطعة التي يتلقى منها العميل المعونة: _____
نوع الملف (اختر كل ما ينطبق): _____ سناب (فود ستامبس) _____ المعونة العامة _____ برنامج المعونة في دفع نفقات الطاقة المنزلية "هيب"
التعليق (مطلوب): يرجى كتابة التفاصيل حول الادعاء. إذا كان الادعاء يتضمن أطفالاً أو دخلاً لم يتم الإبلاغ عنه يرجى كتابة أسماء الأطفال و/أو اسم وعنوان رب العمل. استخدم ظهر النموذج إذا احتجت المزيد من المساحة.

معلومات الاتصال بك

معلومات الاتصال بك اختياري ولكن قد تكون مفيدة لنا إذا احتجنا أي توضيحات إضافية.
الاسم الأول: _____ الحرف الأول من الاسم الوسط: _____ الاسم الأخير: _____
عنوان الشارع: _____ الشقة رقم: _____
المدينة: _____ الولاية: نيويورك الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف (10 أرقام - رمز المنطقة أولاً): _____ بريد إلكتروني: _____

بسبب قوانين الخصوصية لا يمكننا إخطارك أو الرد عليك بخصوص النتيجة أو تفاصيل أي قضية.

يرجى إرسال النموذج المكتمل إلى:

NYS Office of Temporary & Disability Assistance
Riverview Center – 4th Floor
40 North Pearl St.
Albany, NY 12243
فاكس: (518) 473-6236