

紐約州社會福利欺詐舉報

請使用本NYS OTDA表舉報發生在紐約州的有關以下計畫的欺詐行為：公共／先進援助、SNAP (輔助營養援助計畫，以前稱為糧食券計畫)、以及家庭能源補助計畫(HEAP)。關於醫療補助、SSI 殘障、或SNAP供應商欺詐,請參見原來欺詐舉報表的聯絡資訊頁。

客戶資訊

名：_____ 中間名首字母縮寫：_____ 姓氏：_____

地址：_____ 城市：_____ 州：紐約

郵遞區號：_____ 電話號碼 (10 位元數 – 先填地區號)：_____ 性別：_____男 _____女

出生日期 (mm/dd/yyyy)_____ 社會安全號. (限九位數)：_____

指控內容

個案號碼(如果瞭解)：_____

客戶接受援助的當地服務區或郡縣：_____

個案類別 (勾選所有適用項)：

_____SNAP (糧食券) _____公共援助 _____家庭能源補助 (HEAP)

評注 (必填)：填入指控詳情。如果指控涉及兒童或者未申報收入，請填兒童姓名及／或雇主名稱及地址。如需更多空間，使用本表反面空白。

你的聯繫資訊

您的聯絡資訊為自願選填項，但會在我們需要進一步核實時有所說明。

名：_____ 中間名字母縮寫_____ 姓氏：_____

地址：_____ 公寓號：_____

城市：_____ 州：紐約 郵遞區號：_____

電話號碼 (10 位元數 – 先填地區號)：_____ 電郵地址：_____

根據隱私法，我們不能將結果或某個特定個案資訊通知或答覆您。

填好的表格請郵寄或傳真至：

NYS Office of Temporary & Disability Assistance

Riverview Center – 4th Floor

40 North Pearl St.

Albany, NY 12243

Fax Number (518) – 473-6236