

## **Segnalazione di frodi alla previdenza sociale commesse nello Stato di New York**

Si prega di utilizzare questo modulo del NYS OTDA per segnalare una frode commessa nello Stato di New York soltanto per i seguenti programmi: Assistenza pubblica/in contanti (Public/Cash Assistance); SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program - Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione, precedentemente denominato Food Stamps); HEAP (Home Energy Assistance Program - Programma di assistenza energia abitativa). Nel caso di frodi di fornitori Medicaid, SSI Disability o SNAP, si prega di consultare la precedente pagina delle informazioni di contatto per la Segnalazione di frodi alla previdenza sociale.

### **DATI DEL CLIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ Iniziale secondo nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo via: \_\_\_\_\_ Località: \_\_\_\_\_ Stato: New York

C.A.P.: \_\_\_\_\_ Telefono (10 cifre, indicando innanzitutto il prefisso di area): \_\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_Maschio \_\_\_Femmina

Data di nascita (MM/GG/AAA): \_\_\_\_\_ N. Sicurezza sociale (solo 9 cifre): \_\_\_\_\_

### **INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ACCUSA**

Numero pratica (se noto): \_\_\_\_\_

Distretto locale o contea, presso cui il cliente riceve assistenza: \_\_\_\_\_

Tipo di pratica (selezionare tutte le opzioni applicabili):

\_\_\_\_\_SNAP (Food Stamps) \_\_\_\_\_Assistenza pubblica \_\_\_Programma di Assistenza energia abitativa (HEAP)

Commenti (obbligatorio): Indicare i particolari relativi all'accusa. Se l'accusa riguarda minori o redditi non segnalati, indicare i nomi dei minori e/o il nome e l'indirizzo del datore di lavoro. Se occorre altro spazio, utilizzare il retro del modulo.

---

---

---

---

### **DATI DI CONTATTO DELLA PERSONA SCRIVENTE**

I dati di contatto della persona scrivente sono facoltativi, ma potrebbero esserci utili nel caso ci occorrono ulteriori chiarimenti.

Nome: \_\_\_\_\_ Iniziale secondo nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo via: \_\_\_\_\_ Appartam. N.: \_\_\_\_\_

Località: \_\_\_\_\_ Stato: NEW YORK C.A.P.: \_\_\_\_\_

Telefono (10 cifre, indicando innanzitutto il prefisso di area): \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

A causa delle leggi in materia di riservatezza, NON possiamo informare la persona scrivente sugli esiti o sui dettagli di una pratica.

#### **Inviare per posta o fax il modulo compilato a:**

NYS Office of Temporary & Disability Assistance  
Riverview Center – 4<sup>th</sup> Floor  
40 North Pearl St.  
Albany, NY 12243  
Numero fax (518) – 473-6236