

뉴욕주에서 저질러진 복지 사기의 신고

다음 프로그램에 대해서만 뉴욕주에서의 사기를 신고하기 위해 이 NYS OTDA 양식을 사용하십시오: 공공/현금 지원, SNAP(보충 영양 지원 프로그램, 이전에 푸드스탬프로 불림) 및 HEAP(가정 에너지 지원 프로그램). Medicaid, SSI 장애 또는 SNAP 벤더 사기의 경우, 이전의 복지 사기 신고 연락처 정보 페이지를 참조하십시오.

수급자 정보

이름: _____ 중간이름 이니셜: _____ 성: _____

번지: _____ 시: _____ 주: New York

우편번호: _____ 전화번호(10 자리 수 - 지역 코드 먼저): _____ 성별: _____ 남성 _____ 여성

생년월일 (MM/DD/YYYY): _____ 사회보장번호 (9 자리 수만): _____

주장 정보

케이스 번호(알고 있는 경우): _____

수급자가 지원을 받고 있는 지역 지구 또는 카운티: _____

케이스 타입 (해당 사항 모두 체크):

_____ SNAP(푸드스탬프) _____ 공적 부조 _____ 가정 에너지 지원 프로그램(HEAP)

코멘트(필수): 주장에 대한 상세 사항을 기입하십시오. 주장이 아동 또는 미신고 소득에 관한 것이라면 아동의 이름 및/또는 고용주의 이름 및 주소를 포함하십시오. 더 많은 공간이 필요하시면 뒷면을 이용하세요.

귀하의 연락처 정보

귀하의 연락처 정보는 옵션이지만 추가 규명이 필요한 경우 우리에게 도움이 될 것입니다.

이름: _____ 중간이름 이니셜: _____ 성: _____

번지: _____ 아파트 호수: _____

시: _____ 주: NEW YORK 우편번호: _____

전화번호(10 자리 수 - 지역 코드 먼저): _____ 이메일 주소: _____

기밀 준수 법률 때문에 우리는 케이스의 결과 또는 구체적 내용에 대해 귀하에게 알리거나 대응할 수 없습니다.

완성된 양식을 아래 주소나 Fax 로 보내주세요:

NYS Office of Temporary & Disability Assistance

Riverview Center – 4th Floor

40 North Pearl St.

Albany, NY 12243

팩스 번호 (518) – 473-6236