

Cómo denunciar el fraude que se comete en Nueva York contra los programas de asistencia social

Use este formulario de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) NYS OTDA, siglas en inglés, para reportar en el Estado de Nueva York casos de fraude relacionados únicamente con los siguientes programas de asistencia social: Asistencia Pública o asistencia en efectivo, el programa SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, conocido anteriormente como el Programa de Cupones para Alimentos) y el Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Si desea denunciar casos de fraude por parte de contratistas contra los siguientes programas de asistencia social: Medicaid, SSI Disability o SNAP, consulte la página anterior titulada *Reporting Welfare Fraud*.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: Nueva York

Código postal: _____ N° de teléfono (código de área primero): _____ Sexo: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año): _____ N° de Seguro Social: (Únicamente 9 números): _____

INFORMACIÓN SOBRE LA DENUNCIA

Número del caso (si lo sabe): _____

El distrito local o condado donde el cliente recibe la asistencia : _____

Tipo de caso (marque todo lo que sea pertinente):

SNAP (Cupones para Alimentos) Asistencia Pública Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP)

Comentario (se requiere): sírvase incluir los pormenores de la denuncia. Si la denuncia está relacionada con niños, incluya los nombres de los niños. Si la denuncia es sobre ingresos no reportados, incluya el nombre y la dirección del empleador. Si necesita más espacio, use el dorso de este formulario.

SUS DATOS PERSONALES PARA COMUNICARNOS CON USTED

Los datos personales son opcionales. Sin embargo, son útiles en caso de que se necesite alguna clarificación adicional.

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Apto N° _____ Ciudad: _____ Estado: NUEVA YORK Código postal _____

Número de teléfono (10 dígitos - primero el código de área): _____ Correo electrónico _____

Debido a las leyes de confidencialidad, NO podemos informarle o responderle sobre el caso o el resultado del mismo.

Sírvase llenar y enviar el formulario por correo o por fax a:

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