

Cómo denunciar el fraude al Sistema de Bienestar Público que se comete en el Estado de Nueva York

Utilice 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: 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 contra el Medicaid, SSI Disability (Seguridad de Ingreso Suplementario por Incapacidad) o fraude contra el programa SNAP por parte del minorista, consulte la página anterior para obtener la información de contacto de denuncia de Fraude al Bienestar Social (Reporting Welfare Fraud).

INFORMACIÓN DEL CLIENTE:

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

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: Nueva York

Código postal: _____ Número de teléfono (10 números – Indicando primero el código de área): _____

Género: M F X

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): _____ Número del Seguro Social: (Únicamente 9 números): _____

INFORMACIÓN SOBRE LA DENUNCIA:

Número del caso (si lo sabe): _____

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 (obligatorio): 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, utilice la parte de atrás.

DATOS PERSONALES PARA COMUNICARNOS CON USTED

Los datos personales para comunicarnos con usted son opcionales. Sin embargo, dicha información es de gran ayuda en caso de que se necesite alguna clarificación adicional.

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

Dirección: _____ Apartamento N.º _____

Ciudad: _____ Estado: NUEVA YORK Código postal: _____

Número de teléfono (10 números – Indicando primero el código de área): _____

Correo electrónico: _____

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

Regrese el formulario relleno a:

NYS Office of Temporary & Disability Assistance

40 North Pearl St. – 3rd Floor

Albany, NY 12243

Número de Fax (518) – 473-6236