

## 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 – 4<sup>th</sup> Floor  
40 North Pearl St.  
Albany, NY 12243  
Fax Number (518) – 473-6236