

## **Сообщить о мошенничестве с льготами социального обеспечения в штате Нью-Йорк**

Пожалуйста, воспользуйтесь предоставленной формой NYS OTDA для заявления о мошенничестве в штате Нью-Йорк **только** в отношении следующих программ: Общественная помощь/пособие наличными средствами, программа SNAP (программа дополнительного питания, ранее называемая программой фудстемпов), и программа HEAP (программа пособий для оплаты домашних энергоносителей). Если вы хотите сообщить о мошенничестве в отношении поставщиков программ Медикэйд, льгот по нетрудоспособности SSI или пособий SNAP, пожалуйста, воспользуйтесь контактной информацией на предыдущей странице бланка сообщения о мошенничестве.

### **ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ**

Имя: \_\_\_\_\_ Инициал среднего имени: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат: Нью-Йорк

Почт. индекс: \_\_\_\_\_ Номер тел. (10 цифр, сначала код города): \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_ Муж. \_\_\_ Жен.

Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): \_\_\_\_\_ Номер SSN. (не более 9 цифр): \_\_\_\_\_

### **ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Номер дела (если известен): \_\_\_\_\_

Местный или окружной отдел социальных служб, где клиенту оказывается помощь: \_\_\_\_\_

Тип дела (отметьте, пожалуйста, все нужные клетки):

\_\_\_\_\_ Программа SNAP (фудстемпы) \_\_\_\_\_ Общественная помощь (РА) \_\_\_\_\_ Программа пособий для оплаты домашних энергоносителей (HEAP)

Примечания (треб.): Просьба вписать подробную информацию, касающуюся вашего предположения. Если предположение касается детей или неучтенных доходов, впишите имена детей и/либо название и адрес работодателя. Если не хватит места на этой странице, воспользуйтесь обратной ее стороной.

---

---

---

---

---

### **ВАША КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Информация не обязательна, но она может пригодиться в случае необходимости дополнительных разъяснений.

Имя: \_\_\_\_\_ Инициал среднего имени: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_ Кв. №: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: НЬЮ-ЙОРК Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Номер телефона (10 цифр начиная с кода города): \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

На основании законов о конфиденциальности информации, мы НЕ сможем сообщить вам о результатах расследования или ответить на ваши вопросы по поводу деталей этого дела.

### **Отправьте заполненную форму по почте или факсу:**

NYS Office of Temporary & Disability Assistance

Riverview Center – 4<sup>th</sup> Floor

40 North Pearl St.

Albany, NY 12243

**Номер факса:** (518) – 473-6236