

الإبلاغ عن الاحتيال على الرعاية الاجتماعية الذي يُرتكب في ولاية نيويورك

الرجاء استخدام نموذج NYS OTDA للإبلاغ عن الاحتيال في ولاية نيويورك فقط لهذه البرامج: برنامج المعونة العامة/النقدية، وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، المعروف سابقاً باسم (Food Stamps)، وبرنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP). أما فيما يخص الاحتيال على برنامج Medicaid، أو برنامج SSI Disability، أو برنامج (SNAP)، فالرجاء الرجوع إلى صفحة معلومات جهة الاتصال للإبلاغ عن الاحتيال على الرعاية الاجتماعية الذي يُرتكب في ولاية نيويورك.

معلومات العميل

الاسم الأول	الاسم الأوسط	اسم العائلة	تاريخ الميلاد (السنة/اليوم/الشهر)
عنوان الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الضمان الاجتماعي (SSN) (يتكون من 9 أرقام فقط)	الجنس	رقم الهاتف (10 أرقام – تبدأ برمز المقدمة)	
	أنثى	ذكر	X

معلومات الإجراء

رقم الحالة (إذا كان معروفاً) المنطقة المحلية أو المقاطعة التي يتلقى فيها العميل المساعدة

نوع الحالة (حدد كل ما ينطبق)

برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو (Food Stamps) المعونة العامة برنامج الإعانة في دفع تكاليف الطاقة المنزلية (Home Energy Assistance Program, HEAP)

التعليق (مطلوب): الرجاء إدخال التفاصيل المتعلقة بالادعاء. إذا كان الادعاء يتعلق بأطفال أو دخل لم يتم الإبلاغ عنه، فقم بإضافة أسماء الأطفال وأسماء صاحب العمل وعنوانه. استخدم الجزء الخلفي من النموذج إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر.

معلومات الاتصال الخاصة بك

معلومات الاتصال الخاصة بك اختيارية ولكنها ستكون مفيدة لنا في حالة احتياجنا إلى أي توضيح إضافي.

الاسم الأول الاسم الأوسط اسم العائلة

عنوان الشارع المدينة

الولاية

الرمز البريدي

New York

رقم الهاتف (10 أرقام – تبدأ برمز المقدمة) البريد الإلكتروني

نظراً لقوانين السرية، فإننا لا نستطيع إبلاغك أو الرد عليك فيما يتعلق بنتيجة الحالة أو تفاصيلها.

الرجاء إرسال النموذج المكتمل بالبريد أو بالفاكس إلى:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance

40 North Pearl Street, 3rd Floor

Albany, NY 12243

رقم الفاكس: 518-473-6236