

臨時救濟與殘障援助辦公室 (Office of Temporary and Disability Assistance)

紐約州福利欺詐舉報

請使用這份 NYS OTDA 表格舉報紐約州內的欺詐行為 (僅限以下計畫)：公共/現金援助 (Public/Cash Assistance)、SNAP (補充營養援助計畫 (Supplemental Nutrition Assistance Program), 原名為糧食券 (Food Stamps)) 和 HEAP (家庭能源補助計畫 (Home Energy Assistance Program))。如果是醫療補助計畫 (Medicaid)、SSI 殘障計畫 (SSI Disability) 或 SNAP 供應商欺詐行為, 請參閱之前福利欺詐舉報頁面的聯繫資訊。

客戶資訊

名字 中間名 姓氏 出生日期 (月月/日日/年年年年)

街道地址 城市 州 郵政編碼

New York

SSN (僅限 9 位數字) 性別 電話號碼 (10 位數號碼 – 區號在前)

女性 男性 X

指控資訊

個案碼號 (如已知) 客戶接受援助的地方區域或郡

個案類型 (請勾選所有適用項目)

SNAP (糧食券) 公共援助 家庭能源援助計畫 (Home Energy Assistance Program, HEAP)

說明 (必填)：請填寫與指控相關的詳細資訊。如果指控涉及子女或未上報收入, 則請包括子女姓名和/或僱主姓名及地址。如果需要更多空間, 請在表格背面填寫。

您的聯繫資訊

您的聯繫資訊屬於可選項目, 但可幫助我們瞭解任何額外資訊。

名字 中間名 姓氏

街道地址 城市 州 郵政編碼

New York

電話號碼 (10 位數號碼 – 區號在前) 電子郵件

為了遵守保密法律規定, 我們無法向您告知或回應某個個案的結果或細節。

請將填妥的表格寄至或發送傳真至以下地址：

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
40 North Pearl Street, 3rd Floor
Albany, NY 12243
傳真號碼: 518-473-6236