

Ufficio di assistenza temporanea e disabilità
(Office of Temporary and Disability Assistance)

Denuncia di frodi assistenziali nello Stato di New York

Utilizzare questo modulo dell'OTDA (Office of Temporary and Disability Assistance) dello Stato di New York per denunciare frodi commesse nello Stato relative **esclusivamente** a questi programmi: Assistenza sociale/in denaro, SNAP [Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione, precedentemente denominato Buoni pasto (Food Stamps)] ed HEAP (Programma di assistenza energetica abitativa). Per quanto riguarda le frodi relative a Medicaid, assistenza a disabili con reddito supplementare di previdenza (Supplemental Security Income, SSI) o SNAP, fare riferimento alla pagina delle informazioni di contatto della precedente Denuncia di frodi assistenziali.

Dati dei clienti

Nome _____ Iniziali del secondo nome _____ Cognome _____ Data di nascita (MM/GG/AAAA) _____

Indirizzo _____ Città _____ Stato _____ CAP _____
New York

Numero di previdenza sociale (Security Social Number, SSN) (solo 9 cifre) _____ Genere _____ Telefono (10 numeri – prima il prefisso locale) _____
Femmina _____ Maschio _____ X _____

Dati della denuncia

Numero della pratica (se noto) _____ Distretto locale o contea in cui il cliente sta ricevendo le prestazioni assistenziali _____

Tipo di pratica (sono possibili più risposte)

SNAP (Buoni pasto) _____ Assistenza sociale _____ Programma di Assistenza energetica abitativa (Home Energy Assistance Program, HEAP) _____

Note (*obbligatorie*): Indicare i particolari della denuncia. Se la denuncia riguarda minori o redditi non dichiarati indicare i nomi dei minori e/o nome e indirizzo del datore di lavoro. Se lo spazio non è sufficiente usare il retro del modulo.

Informazioni di contatto

Indicare i dati di contatto del denunciante è **facoltativo** ma potrebbe essere utile qualora avessimo bisogno di ulteriori chiarimenti.

Nome _____ Iniziali del secondo nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ Città _____ Stato _____ CAP _____
New York

Telefono (10 numeri – prima il prefisso locale) _____ Email _____

Ai sensi delle leggi in materia di riservatezza **NON** siamo in grado di informare il – o rispondere al – denunciante in merito all'esito o ad altri particolari relativi a una pratica.

Spedire o trasmettere via fax il modulo compilato a:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
40 North Pearl Street, 3rd Floor
Albany, NY 12243

Numero di fax: 518-473-6236