

임시 장애 지원국(Office of Temporary and Disability Assistance)

뉴욕주에서 발생한 복지 사기 신고

뉴욕주에서 발생한 다음 프로그램에 대한 사기만 신고하기 위해 이 NYS OTDA 양식을 사용해 주십시오. 즉, 공공/현금 지원, 영양보충지원 프로그램(Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP, 구 푸드 스탬프(Food Stamps)) 및 가정용 에너지 지원 프로그램(Home Energy Assistance Program, HEAP), Medicaid, 생활보조금(Supplemental Security Income, SSI) 장애 또는 SNAP 벤더 신고는 구 '복지 사기 신고' 페이지의 연락처 정보를 참조하십시오.

고객 정보

이름 중간 이니셜 성 생년월일(월월/일일/년년년년)

도로명 시 주 우편 번호

SSN(9자리 숫자만) 성별 전화(10자리 번호 - 지역 번호 먼저 기입)

여성 남성

혐의 정보

케이스 번호(알려진 경우) 고객이 지원을 받고 있는 지역 지구 또는 카운티

케이스 타입(해당하는 항목을 모두 선택)

SNAP(푸드 스탬프) 공공 지원 보조금 주택 에너지 지원 프로그램(Home Energy Assistance Program, HEAP)

코멘트(필수 사항): 혐의에 대한 세부 사항을 입력해 주십시오. 혐의가 아동이나 신고되지 않은 소득과 관련된 경우, 아동의 이름 및/또는 고용주의 이름과 주소를 포함시켜 주세요. 더 많은 공간이 필요하면 양식의 뒷면을 사용하십시오.

귀하의 연락처 정보

연락처 정보는 선택 사항이지만 추가적인 확인이 필요할 경우 도움이 됩니다.

이름 중간 이니셜 성

도로명 시 주 우편 번호

전화(10자리 번호 - 지역 번호 먼저 기입) 이메일

기밀 유지 법률 때문에 사건의 결과나 세부 사항에 대해 알려드리거나 응답해 드릴 수 없습니다.

작성된 양식을 다음 주소로 보내시거나 팩스로 보내주십시오.

NYS Office of Temporary and Disability Assistance

40 North Pearl Street, 3rd Floor

Albany, NY 12243

팩스 번호: 518-473-6236