

Zgłaszanie oszustw związanych z opieką społeczną popełnionych w stanie Nowy Jork

Prosimy skorzystać z formularza NYS OTDA, aby zgłosić oszustwa w stanie Nowy Jork dotyczące **wyłącznie** tych programów: Pomocy publicznej/pieniężnej, SNAP (Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej, dawniej nazywanego Food Stamps (Kupony na żywność)) i HEAP (Programu pomocy w opłacaniu kosztów energii). W przypadku nadużyć ze strony dostawców programów Medicaid, SSI Disability lub SNAP prosimy zapoznać się z informacjami kontaktowymi na poprzedniej stronie dotyczącej zgłaszania nadużyć związanych z opieką społeczną.

Informacje o kliencie

Imię _____ Inicjał drugiego imienia _____ Nazwisko _____ Data urodzenia (MM/DD/RRRR) _____

Ulica i nr domu _____ Miejscowość _____ Stan Kod pocztowy _____

SSN (limit 9 cyfr) _____ Płeć _____ Nr telefonu (10 cyfr – najpierw numer kierunkowy) _____
Kobieta Mężczyzna X

Informacje o zarzutach

Numer sprawy (jeśli jest znany) _____ Lokalny okręg lub hrabstwo, w którym klient otrzymuje pomoc _____

Rodzaj sprawy (zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie)

SNAP (Kupony na żywność) Pomoc publiczna Program pomocy w opłacaniu kosztów energii (Home Energy Assistance Program, HEAP)

Komentarz (wymagane): Prosimy wprowadzić szczegółowe informacje dotyczące zarzutu. Jeśli zarzut dotyczy dzieci lub niezgłoszonego dochodu, należy podać imiona i nazwiska dzieci i/lub nazwę i adres pracodawcy. Jeśli potrzebuje Pan/Pani więcej miejsca, prosimy użyć odwrotnej strony formularza.

Informacje kontaktowe

Podanie przez Pana/Panią danych kontaktowych jest **opcjonalne**, ale będzie dla nas pomocne w przypadku, gdybyśmy potrzebowali dodatkowych wyjaśnień.

Imię _____ Inicjał drugiego imienia _____ Nazwisko _____

Ulica i nr domu _____ Miejscowość _____ Stan Kod pocztowy _____

Nr telefonu (10 cyfr – najpierw numer kierunkowy) _____ E-mail _____

Ze względu na przepisy o zachowaniu poufności **NIE** możemy poinformować Pana/Pani o wynikach lub szczegółach sprawy ani odpowiedzieć Panu/Pani na pytania ich dotyczące.

Wypełniony formularz należy wysłać pocztą lub faksem na adres:

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

Numer faksu: 518-473-6236