

Управление по временной помощи и помощи нетрудоспособным
(Office of Temporary and Disability Assistance)

Сообщение о мошенничестве с социальными пособиями в штате Нью-Йорк

Данная форма ОТДА штата Нью-Йорк используется для сообщения о мошенничестве, совершенном в штате Нью-Йорк с пособиями **только** по следующим программам: государственные/денежные пособия, SNAP (Программа дополнительной продовольственной помощи, ранее называлась «Продовольственные талоны» (Food Stamps)) и HEAP (Программа помощи для отопления жилья). Чтобы сообщить о мошенничестве по программе Medicaid, программе «Дополнительный гарантированный доход (SSI) по нетрудоспособности» (SSI Disability) или о мошенничестве продавцов с пособиями SNAP, используйте предыдущую страницу контактной информации «Сообщение о мошенничестве с социальными пособиями».

Сведения о клиенте

Имя Средний инициал Фамилия Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)

Адрес Город Штат Индекс

New York

Номер SSN (только 9 цифр) Пол Телефон (10 цифр с кодом региона)

Женский Мужской X

Сведения о предполагаемом мошенничестве

Номер дела (если известен) Местный отдел или округ, в котором клиент получает помощь

Тип дела (отметьте все применимые варианты)

SNAP (продовольственные талоны) Государственная помощь Программа помощи для отопления жилья (Home Energy Assistance Program, HEAP)

Комментарий (обязательно): Подробно опишите предполагаемое мошенничество. Если предполагаемое мошенничество касается детей или сокрытия дохода, укажите имена детей и/или имя и адрес работодателя. Если для описания не хватает места, используйте обратную сторону формы.

Ваша контактная информация

Указание вашей контактной информации **необязательно**, но может быть полезно на тот случай, если нам потребуются дополнительные сведения.

Имя Средний инициал Фамилия

Адрес Город Штат Индекс

New York

Телефон (10 цифр с кодом региона) Адрес электронной почты

В соответствии с требованиями законодательства о конфиденциальности мы **НЕ МОЖЕМ** ответить вам или сообщить результаты данного дела.

Отправьте заполненную форму по почте или факсом по следующему адресу:

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

Факс: 518-473-6236