

Signalement de fraudes aux allocations commises dans l'État de New York

Veillez utiliser le présent formulaire de l'OTDA de l'État de New York pour signaler les fraudes dans l'État de New York uniquement pour les programmes suivants : Aide sociale/assistance financière, SNAP (Programme d'aide de nutrition supplémentaire, anciennement appelé Food Stamps) et HEAP (Programme d'aide à l'énergie domestique). Pour les fraudes à Medicaid, à l'invalidité SSI ou aux vendeurs SNAP, veuillez vous référer à la page précédente de Signalement de fraudes aux allocations pour obtenir les informations de contact.

INFORMATIONS SUR LE CLIENT

Prénom : _____ Initiale second prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse du domicile : _____ Ville : _____ État : New York

Code postal : _____ Téléphone (10 chiffres – indicatif régional en premier) : _____ Sexe : M F X

Date de naissance (MM/JJ/AAAA) : _____ N° de sécurité sociale (9 chiffres seulement) : _____

INFORMATIONS SUR LES ALLÉGATIONS

Numéro de dossier (s'il est connu) : _____

District local ou comté où le client reçoit de l'aide : _____

Type de cas (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent) :

SNAP (Food Stamps) Aide sociale Programme d'aide à l'énergie domestique (HEAP)

Commentaire (obligatoire) : veuillez indiquer les détails de l'allégation. Si l'allégation concerne des enfants ou des revenus non déclarés, indiquer le nom des enfants et/ou le nom et l'adresse de l'employeur. Utilisez le verso du formulaire si vous avez besoin de plus d'espace.

VOS COORDONNÉES

Vos coordonnées sont facultatives, mais elles nous seront utiles au cas où nous aurions besoin d'éclaircissements supplémentaires.

Prénom : _____ Initiale second prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse du domicile : _____ N° d'appart. : _____

Ville : _____ État : NEW YORK Code postal : _____

Téléphone (10 chiffres - indicatif régional en premier) : _____ E-mail : _____

En raison des lois sur la confidentialité, nous ne sommes PAS tenus de vous informer ou de vous répondre quant à l'issue ou aux spécificités d'un dossier.

Veillez envoyer ou télécopier le formulaire dûment rempli à :

NYS Office of Temporary & Disability Assistance

40 North Pearl St. – 3rd Floor

Albany, NY 12243

Numéro de fax (518) – 473-6236