Office of the Medicaid Inspector General

Kathy Hochul, Губернатор **Frank T. Walsh, Jr., Исполняющий обязанности главного инспектора Medicaid**

Служба главного инспектора программы Medicaid штата Нью-Йорк - Бюро приема заявлений по вопросам мошенничества по программе Medicaid (Bureau of Medicaid Fraud Allegations, BMFA)
800 North Pearl Street, Albany, NY 12204
Адрес эл. почты: BMFA@omig.ny.gov Телефон: 877-873-7283 ФАКС: 518-408-0480

Дата подачи заявления: _____

ВАША ИНФОРМАЦИЯ: ***Я хочу, чтобы мой вопрос рассматривали:***

☐ КОНФИДЕНЦИАЛЬНО (Ваша информация хранится с соблюдением конфиденциальности, но ваша личность известна службе главного инспектора программы Medicaid, OMIG. Таким образом OMIG может связаться с вами для получения дополнительной информации или разъяснений по вашему заявлению.)

☐ АНОНИМНО (личная информация не предоставляется/не известна OMIG/BMFA)

Имя и фамилия:_____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Телефон: ( )_____ Адрес эл. почты: _____ Ид. номер в программе MEDICAID:_____

ЗАЯВЛЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ: ☐ Поставщика ☐ Получателя услуг по программе MEDICAID

Наименование (имя и фамилия): _____ Идентификационный номер поставщика/номер лицензии *или* идентификационный номер в программе MEDICAID_____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Округ: _____ Дата рождения: _____ Номер социального страхования:_____

Телефон: ( )_____ Адрес эл. почты: _____

СУТЬ ЗАЯВЛЕНИЯ:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____