



纽约州医疗补助监察长办公室——医疗补助诈骗指控局 (BMFA)

800 North Pearl Street, Albany, NY 12204

电子邮件: [BMFA@omig.ny.gov](mailto:BMFA@omig.ny.gov) 电话: 877-873-7283 传真: 518-408-0480

指控日期: \_\_\_\_\_

**您的资料:** *我希望按以下方式处理:*

保密 (您的信息得到保密, 但医疗补助监察长办公室知道您的身份。这让医疗补助监察长办公室能联系到您, 以获取更多信息或澄清您的指控。)

匿名 (医疗补助监察长办公室——医疗补助诈骗指控局不会取得 / 得知个人信息)

姓名: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

电话: ( ) \_\_\_\_\_ 电子邮件: \_\_\_\_\_ 医疗补助 ID 号码: \_\_\_\_\_

**指控对象:**  提供者  领取医疗补助者

姓名: \_\_\_\_\_ 提供者 ID / 执照号码 或 医疗补助 ID 号码 \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

郡 / 县: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 社会安全号码 \_\_\_\_\_

电话: ( ) \_\_\_\_\_ 电子邮件: \_\_\_\_\_

**指控内容:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_