



뉴욕주 메디케이드 감찰관 사무국 - 메디케이드 사기 혐의국(BMFA)  
800 North Pearl Street, Albany, NY 12204  
이메일: [BMFA@omig.ny.gov](mailto:BMFA@omig.ny.gov) 전화: 877-873-7283 팩스: 518-408-0480

혐의 날짜: \_\_\_\_\_

**귀하 정보: 본인의 정보를 다음과 같이 보장받고 싶습니다.**

- 기밀(귀하의 정보를 비밀로 유지하나, 귀하의 신원을 OMIG에 알릴 것입니다. 이를 통해 OMIG가 추가 정보를 얻거나 귀하의 혐의 주장에 관한 명확한 설명을 듣기 위해 귀하께 연락드릴 수 있습니다.)
- 익명(어떠한 개인 정보도 OMIG-BMFA에 제공/알리지 않을 것입니다.)

이름: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ 시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

전화: (    ) \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_ 메디케이드 ID #: \_\_\_\_\_

**혐의 제기 대상자:**     서비스 제공자                       메디케이드 수혜자

이름: \_\_\_\_\_ 서비스 제공자 ID/면허 # 또는 메디케이드 ID# \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ 시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

카운티: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

전화: (    ) \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_

**혐의 내용:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_