



紐約州醫療補助總調查長辦公室 — 醫療補助詐騙檢控局 (BMFA)

800 North Pearl Street, Albany, NY 12204

電子郵件: BMFA@omig.ny.gov 電話: 877-873-7283 傳真: 518-408-0480

檢控日期: _____

您的資料：我希望的處理方式：

密件 (您的資料保密，但是醫療補助總調查長辦公室知道您的身份。這讓醫療補助總調查長辦公室能聯絡您，以取得更多資料或釐清您的指控。)

匿名 (醫療補助總調查長辦公室 — 醫療補助詐騙檢控局不會取得 / 得知個人資料)

姓名: _____

地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____

電話: () _____ 電子郵件: _____ 醫療補助證件號碼: _____

檢控對象： 業者 領取醫療補助者

姓名: _____ 業者證件 / 執照號碼或醫療補助證件號碼 _____

地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____

郡縣: _____ 出生日期: _____ 社會安全號碼 _____

電話: () _____ 電子郵件: _____

檢控事項： _____
