



Fecha de la denuncia: \_\_\_\_\_

**SU INFORMACIÓN: *Deseo que la consideren:***

CONFIDENCIAL (Su información se mantiene en privado, pero su identidad es conocida para la OMIG. Esto le permite a la OMIG comunicarse con usted para obtener información adicional o aclarar su denuncia).

ANÓNIMA (no se proporciona información personal/la información no es conocida para la OMIG-BMFA)

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Teléfono: (     ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ N.º de ID de MEDICAID: \_\_\_\_\_

**LA DENUNCIA SE PRESENTA CONTRA:**

Proveedor

Beneficiario de MEDICAID

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de ID/Licencia del proveedor o N.º de ID de MEDICAID \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ N.º de SS: \_\_\_\_\_

Teléfono: (     ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**DENUNCIA:** \_\_\_\_\_

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