



Office of the  
Medicaid Inspector  
General

Kathy Hochul, গভর্নর

Frank T. Walsh, Jr., ভারপরাপ্ত Medicaid ইন্সপেক্টর জেনারেল

Medicaid ইন্সপেক্টর জেনারেল নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস - Medicaid প্রতারণার অভিযোগের দপ্তর (Bureau of Medicaid Fraud Allegations) (BMFA)

800 North Pearl Street, Albany, NY 12204

ইমেল: [BMFA@omig.ny.gov](mailto:BMFA@omig.ny.gov) ফোন: 877-873-7283 ফ্যাক্স: 518-408-0480

অভিযোগের তারিখ: \_\_\_\_\_

**আপনার তথ্য: আমি বিবেচিত হতে চাই:**

গোপনীয় (আপনার তথ্য গোপন রাখা হবে, কিন্তু আপনার পরিচয় ওএমআইজি জানবে। এর মাধ্যমে অতিরিক্ত তথ্য জানতে বা আপনার অভিযোগের মিমাংসা করতে ওএমআইজি আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারবে।)

অজ্ঞাতনামা (ওএমআইজি-বিএমএফএ-এর কাছে কোন ব্যক্তিগত তথ্য প্রদান করা/জানানো হবে না)

নাম: \_\_\_\_\_

ঠিকানা: \_\_\_\_\_ শহর: \_\_\_\_\_ রাজ্য: \_\_\_\_\_ জিপ কোড: \_\_\_\_\_

ফোন: ( ) \_\_\_\_\_ ইমেল: \_\_\_\_\_ MEDICAID ID#: \_\_\_\_\_

**অভিযোগ যার বিরুদ্ধে:**  প্রদানকারী  MEDICAID প্রাপক

নাম: \_\_\_\_\_ প্রদানকারীর আইডি/ লাইসেন্স# অথবা MEDICAID ID# \_\_\_\_\_

ঠিকানা: \_\_\_\_\_ শহর: \_\_\_\_\_ রাজ্য: \_\_\_\_\_ জিপ কোড: \_\_\_\_\_

কাউন্টি: \_\_\_\_\_ জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

ফোন: ( ) \_\_\_\_\_ ইমেল: \_\_\_\_\_

**অভিযোগ:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

প্রতারণার বিরুদ্ধে লড়াই করা ○ সততা ও গুণমান উন্নত করা ○ করদাতাদের সাশ্রয় করতে সাহায্য করা