



Kathy Hochul, Κυβερνήτης

Frank T. Walsh, Jr., Αναπληρωτής Γενικός Επιθεωρητής της Medicaid

Γραφείο Νέας Υόρκης του Γενικού Επιθεωρητή Medicaid - Γραφείο Καταγγελιών Απάτης του Medicaid (BMFA)

800 North Pearl Street, Albany, NY 12204

Email: BMFA@omig.ny.gov Τηλέφωνο: 877-873-7283 FAX: 518-408-0480

Ημερομηνία Καταγγελίας: _____

ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΑΣ: Θα ήθελα να ληφθεί υπόψη προς εξέταση:

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ (Οι πληροφορίες σας παραμένουν απόρρητες, αλλά η ταυτότητά σας είναι γνωστή στην OMIG. Αυτό επιτρέπει στην OMIG να επικοινωνήσει μαζί σας για να λάβει πρόσθετες πληροφορίες ή για την εξακρίβωση της καταγγελίας σας.)

ΑΝΩΝΥΜΑ (δεν παρέχονται/γνωστοποιούνται προσωπικές πληροφορίες στην OMIG-BMFA)

Όνομα: _____

Διεύθυνση: _____ Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ: _____

Τηλέφωνο: () _____ Email: _____ MEDICAID ID#: _____

Η ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑ ΣΤΡΕΦΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΟΥ : Παρόχου Δικαιούχος/Αποδέκτης MEDICAID

Όνομα: _____ Αναγνωριστικό παρόχου/Άδεια # ή αναγνωριστικό MEDICAID# _____

Διεύθυνση: _____ Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ: _____

Κομητεία: _____ Ημερομηνία γέννησης: _____ Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης# _____

Τηλέφωνο: () _____ Email: _____

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ: