



Department of Social Services
Accountability Office

INVESTIGATION, REVENUE AND ENFORCEMENT ADMINISTRATION
BUREAU OF FRAUD INVESTIGATION
375 PEARL STREET
NEW YORK, NY 10038

Fecha: 1 de enero del 2000

[Last Name], [First Name]
[Address]
[City], [State][Zip Code]

N.º de caso [Client Number]



Estimado(a) [Client Name]:

Esta oficina está llevando a cabo una investigación que puede llevar a la determinación de que usted adeuda dinero. Lea detenidamente esta carta completa para entender cuáles son sus derechos.

Esta investigación está relacionada con su [Select Item]...[Select Item].... Esto se basa en la información que tenemos que muestra que, entre 1/1/2000 y 1/1/2000, usted o alguien en su grupo familiar:

Select Item...Select end of sentence...Select more items...
Select Item...Select end of sentence...Select more items...
Select Item...Select end of sentence...Select more items...

Nosotros programamos una entrevista con usted para hablar sobre el asunto:

	Dirección: 375 PEARL STREET, 22nd FLOOR NEW YORK, NY 10038
	Fecha: _____
	Hora: _____

Debe traer una tarjeta de identificación con fotografía, esta carta y los siguientes documentos:

Si necesita más tiempo para obtener estos documentos o necesita volver a programar su entrevista, llame al investigador [Investigator Name] al 929-252-[xxx] antes del 1/1/2000.

AVISO IMPORTANTE

Usted puede llevar a un abogado o a otro representante para que le ayude a resolver este asunto. Puede ponerse en contacto con su colegio de abogados local o con una organización de servicios legales para obtener representación legal de forma gratuita.

Usted tiene derecho a recibir ayuda de un intérprete. Infórmenos si desea que nosotros le proveamos un intérprete en el idioma que usted solicite.

Usted puede optar por responder las preguntas o puede elegir no decir nada. Si no responde las preguntas, su [Select Item][Select Item] no se podrá detener ni reducir, sencillamente porque no respondió.

Si nuestra investigación establece que usted no era elegible para recibir los beneficios, determinaremos el modo más apropiado de resolver el caso. Esto podría incluir que usted fuera demandado en un tribunal civil para la devolución del monto adeudado, derivación a una acción penal o un acuerdo de reembolso. Si aceptamos la conciliación del caso, se le solicitará devolver el monto adeudado. Usted no tiene que firmar un acuerdo de reembolso.

Todavía puede ser elegible para recibir ciertos beneficios incluso si no era elegible en el pasado. Si desea analizar su elegibilidad actual para recibir Medicaid, puede dirigirse a su oficina local de Medicaid.

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR

(Por tren): 4, 5, 6, J, Z hacia Brooklyn Bridge City Hall; 2, 3, 4, 5, A, C, J, Z, R hacia Fulton Center

¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica? ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? Nosotros podemos prestarle ayuda. Llámenos al 212-331-4640. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.