



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION
 Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner



James K. Whelan, Deputy Commissioner
 Policy, Procedures and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
 Office of Procedures

POLICY BULLETIN #06-80-OPE
OBSOLETE FORMS

| <p>Date: May 31, 2006</p> | <p>Subtopic(s): Forms</p> |
|---|---|
| <p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> | <p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center and Domestic Violence Liaison (DVL) Unit staff that the two local equivalents to the State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) forms, the Notice of Decision on Waiver to Allow a Temporary Delay in Public Assistance Requirement(s) (Adequate Only) (M-322f) and the Notification of Decision on a Continuation of Waiver to Allow a Temporary Delay in Public Assistance Requirement(s) (Timely and Adequate) (M-322g), are now obsolete.</p> <p>The New York State version of these notices, the Notification of Decision on a Waiver to Allow a Temporary Delay in Temporary Assistance Requirement(s) (Adequate Only) (LDSS-4594 NYC) and Notification of Decision on a Waiver to Allow a Temporary Delay in Temporary Assistance Requirement(s) (Timely and Adequate) (LDSS-4595 NYC), will replace the M-322f and the M-322g, respectively.</p> <p>Only DVL staff is authorized to enter DV waiver codes into the New York City Work, Accountability and You (NYCWAY) system. Based upon DV interview(s) with and documentation provided by applicants/participants, DVL staff will manually prepare and issue the LDSS-4594 NYC or the LDSS-4595 NYC.</p> <p>Center Directors must ensure that all versions, including multilingual equivalents, of the M-322f and M-322g are removed from circulation and recycled.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> |

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
 Call 718-557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or
 send an e-mail to *FIA Call Center*

🖨 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Attachments:

- M-322f** Notice of Decision on Waiver to Allow a Temporary Delay in Public Assistance Requirement(s) (Adequate Only) (Obsolete)
- M-322f (S)** Notice of Decision on Waiver to Allow a Temporary Delay in Public Assistance Requirement(s) (Adequate Only) (Spanish) (Obsolete)
- M-322g** Notification of Decision on a Continuation of Waiver to Allow a Temporary Delay in Public Assistance Requirement(s) (Timely and Adequate) (Obsolete)
- M-322g (S)** Notification of Decision on a Continuation of Waiver to Allow a Temporary Delay in Public Assistance Requirement(s) (Timely and Adequate) (Spanish) (Obsolete)



Notice Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Caseload: _____

Worker Telephone Number: _____

FH&C Telephone Number: _____

Notice of Decision on Waiver to Allow a Temporary Delay in Public Assistance Requirement(s) (Adequate Only)

The Agency's decision(s) regarding your assistance program(s) is/are explained below, next to the checked box(es) .

PUBLIC ASSISTANCE

This is to inform you of our decision regarding a temporary waiver to allow you a temporary delay in meeting certain public assistance requirements. The temporary waiver was requested because you believe that compliance with the requirement(s) will make it more difficult for you and your children to escape from domestic violence, or will subject you or your children to further risk of domestic violence.

WAIVER APPROVED

CHILD SUPPORT ENFORCEMENT REQUIREMENTS: You have been granted a temporary waiver from child support enforcement requirements. You do not have to cooperate with location, paternity establishment, support establishment or support enforcement activities. This waiver remains in effect until _____ (date).

EMPLOYMENT REQUIREMENTS: You have been granted a temporary waiver from employment requirements. You do not have to cooperate with any employment requirements while this waiver is in effect. This waiver remains in effect until _____ (date).

DRUG OR ALCOHOL TREATMENT REQUIREMENTS: You have been granted a temporary waiver from drug or alcohol treatment requirements. You do not have to cooperate with drug or alcohol treatment requirements while this waiver is in effect. This waiver remains in effect until _____ (date).

OTHER PROGRAM REQUIREMENTS: You have been granted a temporary waiver from the following Public Assistance program requirements: _____ . You do not have to cooperate with those requirements while the waiver is in effect. This waiver is in effect until _____ (date).

The above decision(s) is/are based on 18 NYCRR § 351.2 (l) (7), 351.23.

WAIVER DENIED

CHILD SUPPORT ENFORCEMENT REQUIREMENTS: The Domestic Violence Liaison has reviewed your situation and has determined that you do not qualify for a waiver from child support cooperation requirements based on the guidelines established under Domestic Violence procedures. **(You may STILL claim good cause for refusal to cooperate with child support enforcement requirements. A decision about that claim would be made using different standards. You may talk to your JOS/Worker if you want information about how to claim good cause for failure to cooperate with child support cooperation requirements.)**

EMPLOYMENT REQUIREMENTS: The Domestic Violence Liaison has reviewed your situation and has determined that you do not qualify for a waiver from employment requirements based on the guidelines established under Domestic Violence procedures.

DRUG OR ALCOHOL TREATMENT REQUIREMENTS: The Domestic Violence Liaison has reviewed your situation and has determined that you do not qualify for a waiver from drug or alcohol treatment requirements based on the guidelines established under Domestic Violence procedures.

OTHER PROGRAM REQUIREMENTS: The Domestic Violence Liaison has reviewed your situation and has determined that you do not qualify for a waiver from the following program requirements based on the guidelines established under Domestic Violence procedures: _____

DENIAL reason(s) (specify): _____

The above decision(s) is/are based on 18 NYCRR § 351.2 (l) (7), 351.23.

JOS/Worker

Date

Supervisor

Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION
SECTION OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call (800) 342-3334. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: (518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

LEGAL ASSISTANCE: If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call (718) 722-5012, fax (718) 722-5018 or write to HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number and/or address listed on the front of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Continuing Your Benefit(s): If you request a Fair Hearing within 10 days of the date of this notice, you will not have to comply with the requirement(s) for which a waiver was denied unless and until a Fair Hearing decision is issued which finds that the waiver was correctly denied.

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

If you do **not** want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

I do not want to keep my benefits the same until the Fair Hearing decision is issued.

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for public assistance issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: _____ Case Number: _____

Address: _____ Telephone Number: _____
Street Apt. # City State Zip Code

Signature: _____ Date: _____



Fecha del Aviso: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Unidad del Caso: _____

Núm. de Tel. del Trabajador: _____

Núm. de Tel. de FH&C: _____

**Aviso de la Decisión respecto a la Dispensa que Retrase Temporalmente
el/los Requisito(s) de Asistencia Pública (Soló Adecuado)**

La(s) decisión(es) de la Agencia con respecto a su(s) programa(s) se explica(n) más abajo, junto a la(s) casilla(s) marcada(s) .

ASISTENCIA PÚBLICA

Por el presente aviso le informamos de nuestra decisión respecto a una dispensa para permitirle un plazo temporario en el cumplimiento de ciertos requisitos de asistencia pública. La dispensa temporaria se solicitó debido a que usted considera que el cumplir con el/los requisito(s) le dificultará a usted y a sus hijos escapar de la violencia doméstica, o les someterá a un riesgo adicional de violencia doméstica.

DISPENSA APROBADA

REQUISITOS DE EJECUCIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS: Se le ha concedido una dispensa temporaria respecto a los requisitos de ejecución de la manutención de niños. Usted no tiene que cooperar con las actividades de ubicación, establecimiento de paternidad, establecimiento de manutención o ejecución de manutención. Esta dispensa permanecerá en vigor hasta el _____ (fecha).

REQUISITOS DE EMPLEO: Se le ha concedido una dispensa temporaria de los requisitos de empleo. Usted no tiene que cooperar con ninguno de los requisitos de empleo mientras esta dispensa permanezca en vigor. Esta dispensa permanecerá en vigor hasta el _____ (fecha).

REQUISITOS DE TRATAMIENTO PARA ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN: Se le ha concedido una dispensa temporaria respecto a requisitos de tratamiento para alcoholismo o drogadiccción. Usted no tiene que cooperar con los requisitos de tratamiento para alcoholismo o drogadiccción mientras la dispensa esté en vigor. Esta dispensa permanecerá en vigor hasta el _____ (fecha).

OTROS REQUISITOS DEL PROGRAMA: Se le ha concedido una dispensa temporaria de los siguientes requisitos del programa de asistencia pública: _____ . Usted no tiene que cooperar con esos requisitos mientras que la dispensa esté en vigor. La dispensa permanecerá en vigor hasta el _____ (fecha).

La(s) decisión(es) más arriba se basa(n) en 18 NYCRR § 351.2 (l) (7), 351.23.

DISPENSA DENEGADA

REQUISITOS DE EJECUCIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS: El Enlace de Violencia Doméstica (the Domestic Violence Liaison) ha repasado su situación y ha determinado que usted no tiene derecho a una dispensa de los requisitos de cooperación de manutención de niños según las pautas establecidas conforme a los procedimientos de Violencia Doméstica. **(Usted AÚN puede afirmar que tiene causa válida por rehusarse a cooperar con los requisitos de ejecución de manutención de niños. La decisión respecto a dicha afirmación se tomaría de acuerdo a normas diferentes. Usted puede hablar con su JOS/Trabajador si desea información sobre cómo afirmar que tiene causa válida por no cumplir los requisitos de cooperación de manutención de niños.)**

REQUISITOS DE EMPLEO: El Enlace Violencia Doméstica ha repasado su situación y ha determinado que usted no tiene derecho a una dispensa respecto a los requisitos de empleo según las pautas establecidas por los procedimientos de Violencia Doméstica.

REQUISITOS DE TRATAMIENTO PARA ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN: El Enlace de Violencia Doméstica ha repasado su situación y ha determinado que usted no tiene derecho a una dispensa respecto a los requisitos de tratamiento para alcoholismo o drogadiccción según las pautas establecidas por los procedimientos de Violencia Doméstica.

OTROS REQUISITOS DEL PROGRAMA: El Enlace de Violencia Doméstica ha repasado su situación y ha determinado que usted no tiene derecho a una dispensa respecto a los siguientes requisitos del programa según las pautas establecidas por los procedimientos de Violencia Doméstica: _____

Razón(es) por la denegación (especifique): _____

La(s) decisión(es) más arriba se basa(n) en 18 NYCRR § 351.2 (l) (7), 351.23.

JOS/Trabajador

Fecha

Supervisor

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, **P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**. (Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance a cualquiera de las siguientes direcciones: **14 Boerum Place, Brooklyn; o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oa/forms.asp>

Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informa de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratis, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad (Legal Aid Society) u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las páginas amarillas bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, estas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pide. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, como pedir una Audiencia Imparcial, como revisar su archivo o como obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la parte delantera de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Mantenimiento de Sus Beneficios: Si usted solicita una Audiencia Imparcial dentro de 10 días de la fecha de este aviso, no tendrá que cumplir lo(s) requisito(s) por los cuales se denegó la dispensa, a menos y hasta que se emita una decisión por parte de la Audiencia Imparcial que determine que la dispensa fue denegada de modo justificado.

Favor de recordar que si sólo solicita una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial, dentro del plazo de tiempo indicado en la sección Mantenimiento de Sus Beneficios, sus beneficios no permanecerán sin cambios.

Si usted **no** desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una audiencia imparcial o, si usted envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la audiencia sea emitida.

Fecha Límite:

Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública.

Si no logra comunicarse con la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la agencia es errónea porque:

Nombre en Letras de Molde: _____ Número de Caso: _____

Dirección: _____ Calle _____ Num. del Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de Teléfono: _____

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____



Notice Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Caseload: _____

Worker Telephone Number: _____

FH&C Telephone Number: _____

Notification of Decision on a Continuation of Waiver to Allow a Temporary Delay in Public Assistance Requirement(s) (Timely and Adequate)

Fold Here

Fold Here

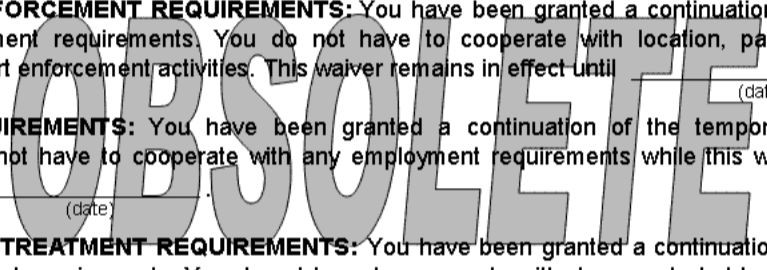
The Agency's decision(s) regarding your assistance program(s) is/are explained below, next to the checked box(es) .

PUBLIC ASSISTANCE

This is to inform you of our decision regarding a continuation of the waiver to allow a temporary delay in certain Public Assistance requirements. This waiver was requested because you believe that compliance with the requirement(s) will make it more difficult for you and your children to escape from domestic violence, or will subject you or your children to further risk of domestic violence.

WAIVER CONTINUATION APPROVED:

- CHILD SUPPORT ENFORCEMENT REQUIREMENTS:** You have been granted a continuation of the temporary waiver from child support enforcement requirements. You do not have to cooperate with location, paternity establishment, support establishment or support enforcement activities. This waiver remains in effect until _____ (date).
- EMPLOYMENT REQUIREMENTS:** You have been granted a continuation of the temporary waiver from employment requirements. You do not have to cooperate with any employment requirements while this waiver is in effect. This waiver remains in effect until _____ (date).
- DRUG OR ALCOHOL TREATMENT REQUIREMENTS:** You have been granted a continuation of the temporary waiver from drug or alcohol treatment requirements. You do not have to cooperate with drug or alcohol treatment requirements while this waiver is in effect. This waiver remains in effect until _____ (date).
- OTHER PROGRAM REQUIREMENTS:** You have been granted a continuation of the temporary waiver from the following public assistance program requirement(s): _____
_____. You do not have to cooperate with these requirements while this waiver is in effect. This waiver remains in effect until _____ (date).



PLEASE NOTE: Because the program requirements are intended to help individuals and families become financially independent, it is important that you work with the Domestic Violence Liaison (DVL) so that you will be able to meet the program requirements as soon as possible.

Additional Information: _____

The above decision(s) is/are based on 18 NYCRR § 351.2 (l) (7).

WAIVER CONTINUATION DENIED: The following waiver will end on _____ (date).

- CHILD SUPPORT REQUIREMENTS:** The Domestic Violence Liaison has reviewed your situation and has determined that you do not qualify for a continuation of the waiver from child support cooperation requirements based on the guidelines established under Domestic Violence procedures. (You may STILL claim good cause for refusal to cooperate with child support enforcement requirements. A decision about that claim would be made using different standards. You may talk to your JOS/Worker if you want information about how to claim good cause for failure to cooperate with child support cooperation requirements.)
- EMPLOYMENT REQUIREMENTS:** The Domestic Violence Liaison has reviewed your situation and has determined that you do not qualify for a continuation of the waiver from employment requirements based on the guidelines established under the Domestic Violence procedures.
- DRUG OR ALCOHOL TREATMENT REQUIREMENTS:** The Domestic Violence Liaison has reviewed your situation and has determined that you do not qualify for a continuation of the waiver from drug or alcohol treatment requirements based on the guidelines established under the Domestic Violence procedures.
- OTHER PROGRAM REQUIREMENTS:** The Domestic Violence Liaison has reviewed your situation and has determined that you do not qualify for a continuation of the waiver from the following program requirements based on the guidelines established under the Domestic Violence procedures: _____

Denial reason(s): _____

The above decision(s) is/are based on 18 NYCRR § 351.2 (l) (7).

JOS/Worker

Date

Supervisor

Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION
SECTION OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call (800) 342-3334. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: (518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

LEGAL ASSISTANCE: If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call (718) 722-5012, fax (718) 722-5018 or write to HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number and/or address listed on the front of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Continuing Your Benefit(s): If you request a Fair Hearing by the date that the waiver(s) end(s), you will not have to comply with the requirement(s) for which a waiver was denied unless and until a Fair Hearing decision is issued which finds that the waiver was correctly denied.

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

If you do **not** want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

I do not want to keep my benefits the same until the Fair Hearing decision is issued.

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for public assistance issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: _____ Case Number: _____

Address: _____ Telephone Number: _____
Street Apt. No. City State Zip Code

Signature: _____ Date: _____



Fecha del Aviso: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Unidad del Caso: _____

Núm. de Tel. del Trabajador: _____

Núm. de Tel. de FH&C: _____

Aviso de la Decisión respecto a la Continuación de la Dispensa que Retrase Temporariamente el/los Requisito(s) de Asistencia Pública (A Tiempo Definido y Adecuado)

Fold Here

Fold Here

La(s) decisión(es) de la Agencia con respecto a su(s) programa(s) se explica(n) más abajo, junto a la(s) casilla(s) marcada(s) .

ASISTENCIA PÚBLICA

Por el presente aviso le informamos de que de nuestra decisión respecto a una continuación de la dispensa para permitirle un plazo temporario en el cumplimiento de ciertos requisitos de asistencia pública. La dispensa temporaria se solicitó debido a que usted considera que el cumplir con el/los requisito(s) le dificultará a usted y a sus hijos escapar de la violencia doméstica, o les someterá a un riesgo adicional de violencia doméstica.

CONTINUACIÓN DE LA DISPENSA APROBADA

REQUISITOS DE EJECUCIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS: Se le ha concedido una continuación de la dispensa temporaria respecto a los requisitos de ejecución de la manutención de niños. Usted no tiene que cooperar con las actividades de ubicación, establecimiento de paternidad, establecimiento de manutención o ejecución de manutención. Esta dispensa permanecerá en vigor hasta el _____ (fecha).

REQUISITOS DE EMPLEO: Se le ha concedido una continuación de la dispensa temporaria de los requisitos de empleo. Usted no tiene que cooperar con ninguno de los requisitos de empleo mientras esta dispensa permanezca en vigor. Esta dispensa permanecerá en vigor hasta el _____ (fecha).

REQUISITOS DE TRATAMIENTO PARA ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN: Se le ha concedido una continuación de la dispensa temporaria respecto a requisitos de tratamiento para alcoholismo o drogadicción. Usted no tiene que cooperar con los requisitos de tratamiento para alcoholismo o drogadicción mientras la dispensa esté en vigor. Esta dispensa permanecerá en vigor hasta el _____ (fecha).

OTROS REQUISITOS DEL PROGRAMA: Se le ha concedido una continuación de la dispensa temporaria de los siguientes requisitos del programa de asistencia pública: _____

Usted no tiene que cooperar con estos requisitos mientras que la dispensa esté en vigor. La dispensa permanecerá en vigor hasta el _____ (fecha).

FAVOR DE NOTAR: Dado que los requisitos del programa están encaminados a ayudar a las personas y familias a lograr la independencia económica, es importante que usted colabore con el Enlace de Violencia Doméstica (Domestic Violence Liaison – DVL) de manera que pueda cumplir los requisitos del programa tan pronto posible.

Información Adicional: _____

La(s) decisión(es) más arriba se basa(n) en 18 NYCRR § 351.2 (l) (7).

CONTINUACIÓN DE LA DISPENSA DENEGADA:

 La siguiente dispensa terminará el _____ (fecha).

REQUISITOS DE EJECUCIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS: El Enlace de Violencia Doméstica (the Domestic Violence Liaison) ha repasado su situación y ha determinado que usted no tiene derecho a una continuación de la dispensa de los requisitos de cooperación de manutención de niños según las pautas establecidas conforme a los procedimientos de Violencia Doméstica. **(Usted AÚN puede afirmar que tiene causa válida por rehusarse a cooperar con los requisitos de ejecución de manutención de niños. La decisión respecto a dicha afirmación se tomaría de acuerdo a normas diferentes. Usted puede hablar con su JOS/Trabajador si desea información sobre cómo afirmar que tiene causa válida por no cumplir los requisitos de cooperación de manutención de niños.)**

REQUISITOS DE EMPLEO: El Enlace de Violencia Doméstica ha repasado su situación y ha determinado que usted no tiene derecho a una dispensa respecto a los requisitos de empleo según las pautas establecidas por los procedimientos de Violencia Doméstica.

REQUISITOS DE TRATAMIENTO PARA ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN: El Enlace de Violencia Doméstica ha repasado su situación y ha determinado que usted no tiene derecho a una continuación de la dispensa respecto a los requisitos de tratamiento para alcoholismo o drogadicción según las pautas establecidas por los procedimientos de Violencia Doméstica.

OTROS REQUISITOS DEL PROGRAMA: El Enlace de Violencia Doméstica ha repasado su situación y ha determinado que usted no tiene derecho a una continuación de la dispensa respecto a los siguientes requisitos del programa según las pautas establecidas por los procedimientos de Violencia Doméstica: _____

Razón(es) por la denegación (especifique): _____

La(s) decisión(es) más arriba se basa(n) en 18 NYCRR § 351.2 (l) (7).

JOS/Trabajador

Fecha

Supervisor

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, **P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**. (Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance a cualquiera de las siguientes direcciones: **14 Boerum Place, Brooklyn; o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oa/forms.asp>

Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informa de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratis, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad (Legal Aid Society) u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las páginas amarillas bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, estas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pide. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, como pedir una Audiencia Imparcial, como revisar su archivo o como obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la parte delantera de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Mantenimiento de Sus Beneficios: Si usted solicita una Audiencia Imparcial para la fecha en que la(s) dispensa(s) termina(n), no tendrá que cumplir lo(s) requisito(s) por los cuales se denegó la dispensa, a menos y hasta que se emita una decisión por parte de la Audiencia Imparcial que determine que la dispensa fue denegada de modo justificado.

Favor de recordar que si sólo solicita una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial, dentro del plazo de tiempo indicado en la sección Mantenimiento de Sus Beneficios, sus beneficios no permanecerán sin cambios.

Si usted **no** desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una audiencia imparcial o, si usted envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la audiencia sea emitida.

Fecha Límite:

Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública.

Si no logra comunicarse con la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la agencia es errónea porque:

Nombre en Letras de Molde: _____ Número de Caso: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____
Calle Num. del Ciudad Estado Código Postal Apto.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____