



# 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 #07-27-OPE

### OBSOLETE FORM W-576Q

<b>Date:</b> February 28, 2007	<b>Subtopic(s):</b> Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p> Please use Print on Demand to obtain copies of forms.</p>	<p>The purpose of this bulletin is to inform Job Center staff that the Notice of Intent to Change Public Assistance Grant and/or Food Stamp Benefits for Noncompliance with Employment Related Requirements (Timely and Adequate) (<b>W-576Q</b>) is obsolete and has been replaced by the automated Client Notice System (CNS) notice.</p> <p><b>Note:</b> In the rare instance that a CNS notice cannot be generated, the New York State Notice of Intent to Change Public Assistance Grant and/or Food Stamp Benefits for Noncompliance with Employment Related Requirements (Timely and Adequate) and Notice of Effect on Medicaid Benefits (<b>LDSS-4004</b>) should be used.</p> <p>A sample of the <b>LDSS-4004</b> is attached.</p> <p>Center Directors must ensure all previous versions of the form, including the multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p><b>Attachments:</b></p> <p><b>W-576Q</b> Notice of Intent to Change Public Assistance Grant and/or Food Stamp Benefits for Noncompliance with Employment Related Requirements (Timely and Adequate) (Obsolete)</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*

- W-576Q (S)** Notice of Intent to Change Public Assistance Grant and/or Food Stamp Benefits for Noncompliance with Employment Related Requirements (Timely and Adequate) (Spanish) (Obsolete)
- LDSS-4004** Notice of Intent to Change Public Assistance Grant and/or Food Stamp Benefits for Noncompliance with Employment Related Requirements (Timely and Adequate) and Notice of Effect on Medicaid Benefits (Rev. 3/06)
- LDSS-4004 (S)** Notice of Intent to Change Public Assistance Grant and/or Food Stamp Benefits for Noncompliance with Employment Related Requirements (Timely and Adequate) and Notice of Effect on Medicaid Benefits (Spanish) (Rev. 3/06)



Notice Date: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

Center: \_\_\_\_\_

Caseload: \_\_\_\_\_

Worker Telephone Number: \_\_\_\_\_

FH&C Telephone Number: \_\_\_\_\_

Fold Here

Fold Here

### Notice of Intent to Change Public Assistance Grant and/or Food Stamp Benefits for Noncompliance with Employment Related Requirements (Timely and Adequate)

This notice is to tell you that this Agency intends to CHANGE YOUR BENEFIT(S). The changes are explained below next to the boxes that have been checked . You should read all the information in this notice.

- The REASON for this action is that after reviewing the case, and BECAUSE:
  - \_\_\_\_\_ did not report to the scheduled conciliation conference,  
(name of noncompliant person)
  - \_\_\_\_\_ did not respond to the conciliation notice,  
(name of noncompliant person)
  - upon the review of the explanation(s) given to us by \_\_\_\_\_,  
(name of noncompliant person)
- It has been determined that on \_\_\_\_\_ s/he failed, without good cause:  
(date)
  - to comply with the Employability Plan and to report to the Work Experience Program (WEP), Skills Assessment and Placement (SAP) or Employment Services and Placement (ESP) vendor.
  - to comply with the Employability Plan and attendance policy at WEP, SAP or ESP.
  - Other: \_\_\_\_\_

#### Public Assistance

For the reason(s) given above, we will:

- REDUCE your public assistance grant effective \_\_\_\_\_ from \$ \_\_\_\_\_ to \$ \_\_\_\_\_.
- DISCONTINUE your public assistance grant effective \_\_\_\_\_.

The public assistance sanction will begin on \_\_\_\_\_ and will last:

- until such time as the sanctioned person is willing to comply.
- 90 days and until such time as the sanctioned person is willing to comply.
- 150 days and until such time as the sanctioned person is willing to comply.
- 180 days and until such time as the sanctioned person is willing to comply.

During the sanction period, the household's public assistance benefit will be reduced by a pro rata share of the benefit. A one-person household case will be discontinued. You have a right to request restoration of your benefits at any time. At that time the sanctioned person must comply with the work requirements. However, benefits cannot be restored until after the sanction period specified above has ended.

The law(s) and/or regulation(s) which allow(s) us to do this is/are Social Service Law § 332, 336, 341, 342 and 12 NYCRR § 1300.2, 1300.3, 1300.9, 1300.11 and 1300.12.

**Food Stamps**

- For the reason(s) given above, we will:
- REDUCE your Food Stamp Benefit effective \_\_\_\_\_ from \$ \_\_\_\_\_ to \$ \_\_\_\_\_.
- DISCONTINUE your Food Stamp Benefit effective \_\_\_\_\_.
- CONTINUE your Food Stamp Benefit unchanged at \$ \_\_\_\_\_.

The Food Stamp sanction will begin on \_\_\_\_\_, and will last for:

- two (2) months and until compliance.
- four (4) months and until compliance.
- six (6) months and until compliance.

During the sanction period, this individual's need will not be considered in determining the needs of the household for food stamps. Your household may seek reinstatement of this individual's food stamps at the end of the sanction period. At that time, s/he must show willingness to comply with the work requirements in order to be eligible for food stamps. The sanctioned person may reestablish eligibility for food stamps if s/he is found to be exempt from work registration requirements.

The law(s) and/or regulation(s) which allow(s) us to do this is/are 12 NYCRR § 1300.3 and 1300.12.

**Medical Assistance**

- Continue medical assistance coverage for all members of the household pending a separate review of eligibility.

The law(s) and/or regulation(s) which allow(s) us to do this is/are Social Service Law § 366.

**Services** – Participants in social services – A loss of public assistance and medical assistance benefits requires a redetermination of eligibility for these services. Contact your JOS/Worker for further information.

\_\_\_\_\_  
JOS/Worker

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Supervisor

\_\_\_\_\_  
Date

OBSOLETE

**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. If you only ask for a conference, your benefits will not stay the same while you appeal. Your benefits will stay the same only if you ask for a State Fair Hearing. (See the Continuing Your Benefit(s) section.)

### 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, 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: 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/address listed on **page 1** of this notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

**Continuing Your Benefit(s):** Your benefit(s) will continue unchanged, until a Fair Hearing decision is issued, if you ask for a Fair Hearing before the effective date stated in this notice. However, Food Stamp Benefits cannot be continued beyond the last date of your Food Stamp certification period if you failed to recertify your Food Stamp case (see 18 NYCRR § 358-3.6).

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision. 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, medical assistance or social service issues and ninety (90) days for Food Stamp 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: \_\_\_\_\_  
Street Apt. City State Zip Code

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



Fecha del Aviso: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

Núm. de Tel. de Trabajador: \_\_\_\_\_

Núm. de Tel. de FH&C: \_\_\_\_\_

Pliegue Aquí

Pliegue Aquí

### Aviso de la Intención de Cambiar la Concesión de Asistencia Pública y/o Beneficios de Cupones para Alimentos por

### No Cumplir con los Requisitos Relacionados al Empleo (A Tiempo Definido y Adecuado)

Por el presente aviso le informamos de que esta agencia tiene la intención de CAMBIAR SU(S) BENEFICIO(S). Los cambios se explican más abajo junto a las casillas que han sido marcadas . Usted debe leer toda la información de este aviso.

El MOTIVO de esta medida es que después de revisar su caso y COMO RESULTADO DE QUE:

\_\_\_\_\_ no contestó al aviso de conciliación,  
(nombre de la person que no cumplió)

\_\_\_\_\_ no se presentó a la reunión de conciliación programada,  
(nombre de la person que no cumplió)

tras repasar la(s) explicación(es) que nos presentó \_\_\_\_\_,  
(nombre de la person que no cumplió)

Se ha determinado que el \_\_\_\_\_, sin motivo justificado, él/ella dejó de:  
(fecha)

cumplir con el Plan de Empleabilidad y de presentarse al Programa de Experiencia Laboral (Work Experience Program – WEP), Evaluación de Aptitudes y Colocación (Skills Assessment and Placement – SAP) o al proveedor de Servicios y Colocación Laborales (Employment Services Placement – ESP).

cumplir con el Plan de Empleabilidad y política de asistencia de WEP o SAP o ESP.

Otra omisión: \_\_\_\_\_

### Asistencia Pública

Por lo(s) motivo(s) indicado(s) más arriba, hemos de:

REDUCIR su concesión de asistencia pública a partir del \_\_\_\_\_ de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_.

DISCONTINUAR su concesión de asistencia pública a partir del \_\_\_\_\_.

La sanción de asistencia pública comenzará el \_\_\_\_\_ y durará:

hasta que la persona sancionada esté dispuesta a cumplir los requisitos necesarios.

90 días y hasta que la persona sancionada esté dispuesta a cumplir los requisitos necesarios.

150 días y hasta que la persona sancionada esté dispuesta a cumplir los requisitos necesarios.

180 días y hasta que la persona sancionada esté dispuesta a cumplir los requisitos necesarios.

Durante el período de sanción, el beneficio de asistencia pública del hogar se reducirá por una partida prorrateada del beneficio. Además, se discontinuarán los casos de hogares de una sola persona. Usted tiene derecho a solicitar en cualquier momento la restitución de sus beneficios. En dicho momento la persona sancionada deberá cumplir los requisitos de trabajo. Sin embargo, los beneficios no podrán restituirse hasta después del período de sanción que se estipula más arriba.

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal modo es/son la Ley de Servicio de Asistencia Social (Social Service Law) § 332, 336, 341, 342 y 12 NYCRR § 1300.2, 1300.3, 1300.9, 1300.11 y 1300.12.

### Cupones para Alimentos

Por lo(s) motivo(s) indicado(s) más arriba, hemos de:

REDUCIR su Beneficio de Cupones para Alimentos a partir del \_\_\_\_\_ de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_.

DISCONTINUAR su Beneficio de Cupones para Alimentos a partir del \_\_\_\_\_.

CONTINUAR su Beneficio de Cupones para Alimentos sin cambios a partir del \_\_\_\_\_.

La sanción de Cupones para Alimentos comenzará el \_\_\_\_\_, y durará:

dos (2) meses y hasta el cumplimiento.

cuatro (4) meses y hasta el cumplimiento.

seis (6) meses y hasta el cumplimiento.

Durante el período de sanción, la necesidad de la persona en cuestión no se tomará en cuenta al determinar las necesidades del hogar con respecto a cupones para alimentos. Al final del período de sanción su hogar puede solicitar la restitución de los cupones para alimentos de la persona en cuestión. En ese momento, él/ella deberá demostrarse dispuesto(a) a cumplir los requisitos de trabajo para tener derecho a cupones para alimentos. La persona sancionada puede restablecer su elegibilidad respecto a cupones para alimentos si se le determina exenta de los requisitos de inscripción para trabajar.

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal modo es/son 12 NYCRR § 1300.3 y 1300.12.

#### Asistencia Médica

Continuar la cobertura de asistencia médica para todos los miembros del hogar, pendiente un revisión por separado de elegibilidad.

La disposición legal o reglamentaria que nos permite obrar de tal modo es la § 366 de la Ley de Servicio de Asistencia Social.

**Servicios** – Participantes de servicios sociales – La pérdida de beneficios de asistencia pública y asistencia médica requiere una redeterminación de elegibilidad con respecto a dichos servicios. Para más información comuníquese con su JOS/Trabajador.

OBSOLETE

JOS/Trabajador

Fecha

Supervisor

Fecha

**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.**



## 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 la 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, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (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/oah/forms.asp>**

**Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial:** El Estado le enviará una notificación que le informará 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 gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad 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 (Yellow Pages) 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 que usted considere necesarios para 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, éstas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pida. 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, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **primera página** de este aviso.

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Mantenimiento de Su(s) Beneficio(s):** Su(s) beneficio(s) continuará(n) sin cambios, hasta que se emita la decisión por parte de la Audiencia Imparcial, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de entrada en vigor indicada en el presente aviso. Sin embargo, los Beneficios de Cupones para Alimentos no pueden continuarse pasada la última fecha de su período de certificación de Cupones para Alimentos si usted no recertificó su caso de Cupones para Alimentos (vea 18 NYCRR § 358-3.6).

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba la decisión. 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 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 Imparcial 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, asistencia médica y servicios sociales, y noventa (90) días para asuntos de Cupones para Alimentos.

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 Letra de Molde:

Nombre \_\_\_\_\_ I. \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Número de Caso: \_\_\_\_\_

Dirección:

Línea 1 de Dirección \_\_\_\_\_

Línea 2 de Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**NOTICE OF INTENT  
TO CHANGE PUBLIC ASSISTANCE GRANT AND/OR FOOD STAMP BENEFITS  
FOR NONCOMPLIANCE WITH EMPLOYMENT RELATED REQUIREMENTS  
(TIMELY AND ADEQUATE)  
AND NOTICE OF EFFECT ON MEDICAID BENEFITS**

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE:	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CIN			
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span style="font-size: 2em; opacity: 0.5;">SAMPLE</span> </div>		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP		
		OR Agency Conference Fair Hearing information and assistance Record Access Legal Assistance information		
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NO.

This **NOTICE** is to tell you that this agency intends to CHANGE YOUR BENEFIT(S). Although the change(s) are explained below next to the box(es) that have been checked, you should read ALL the information on both sides of this notice.

**PUBLIC ASSISTANCE**

- REDUCE your public assistance grant from \$ \_\_\_\_\_ to \$ \_\_\_\_\_ effective \_\_\_\_\_ until \_\_\_\_\_ (the sanctioned person) complies with work activities assigned by the department (first occurrence).
- REDUCE your public assistance grant effective \_\_\_\_\_ from \$ \_\_\_\_\_ to \$ \_\_\_\_\_ for \_\_\_\_\_ months and until \_\_\_\_\_ (the sanctioned person) complies with work activities to which he or she gets assigned. During the sanction period \_\_\_\_\_'s share of your household's public assistance benefit cannot be included. The household has the right to reapply for the sanctioned person at any time before the end of the sanction but we strongly recommend that you contact this agency on or before \_\_\_\_\_ to insure timely processing of the new application. At that time the sanctioned person must comply with assigned work activities to meet this eligibility requirement for assistance. The sanctioned person may reapply after this date but, if so, there may be delays in your getting full assistance.
- DISCONTINUE your public assistance grant effective \_\_\_\_\_ for \_\_\_\_\_ months and until you comply with \_\_\_\_\_ assigned work activities.

The REASON for this action is that after a review of your case, including any reasons \_\_\_\_\_ may have given us for not complying, it has been determined that on \_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_ (sanctioned person) willfully and without good cause failed or refused to \_\_\_\_\_.

The REGULATION that allows us to do this is 18 NYCRR 385.12.

**FOOD STAMP BENEFITS**

- REDUCE your food stamp benefit effective \_\_\_\_\_ from \$ \_\_\_\_\_ to \$ \_\_\_\_\_.
- DISCONTINUE your food stamp benefit effective \_\_\_\_\_ . At the end of the disqualification period you may reapply for food stamps.
- CONTINUE your food stamp benefit unchanged.
- \_\_\_\_\_ will be sanctioned for \_\_\_\_\_ months. Your household may request to have the sanctioned person added back to your food stamp case after the sanction period. However, the sanctioned person must comply with assigned work activities before he or she can be added back to the case. The sanctioned person may become eligible for food stamps before the end of the sanction period if he or she becomes exempt from work registration.

The REASON for this action is \_\_\_\_\_

The REGULATION which allows us to do this is 18 NYCRR 385.12.

**MEDICAL ASSISTANCE**

Your Medical Assistance coverage will continue unchanged.

The REGULATION that allows us to do this is 18 NYCRR 360-2.6.

**BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Enclosure

DISTRIBUTION: White -CLIENT/FAIR HEARING COPY

Yellow – CLIENT COPY

Pink – AGENCY COPY

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:
-------	----------	--------------

### **CONFERENCE AND FAIR HEARING SECTION – DO YOU THINK WE ARE WRONG?**

If you think our decision was wrong, you can ask for a review of our decision. If we made a mistake, we will correct it. You can do both 1 and 2:

1. Ask for a meeting (conference) with one of our supervisors;
2. Ask for a State fair hearing with a State hearing officer.

1. **CONFERENCE** (Informal meeting with us) If you think our decision was wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a meeting. To do this, call the conference phone number on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. We encourage you to do this even when you have asked for a fair hearing.

If you only ask for a meeting with us, we will not keep your benefits the same while you appeal. Your benefits will stay the same only if you ask for a State fair hearing. (See "Keeping Your Benefits The Same" below.)

2. **STATE FAIR HEARING** – You have the following number of days from the date of this notice to ask for a fair hearing:

BENEFIT AREA	TIME LIMIT
Public Assistance	60 days
Food Stamp Benefits	90 days

**KEEPING YOUR BENEFITS THE SAME:** If you request a fair hearing before the effective date stated in this notice and our action affects your Public Assistance or Food Stamp Benefits, you will continue to receive your benefits unchanged until the fair hearing decision is issued.

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 or boxes below:

I do not want to keep my benefits the same until the fair hearing decision is issued:

- Public Assistance       Food Stamp Benefits

**HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING:** You can ask for a fair hearing by **mail**, by **phone**, by **fax** or **online**.

**Mail:** Send a copy of this notice *completed* to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Please keep a copy for yourself.

- I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

**Phone:** 800-342-3334 (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL.)

**Fax:** Fax a copy of the front and reverse of this notice to: (518) 473-6735 or

**Online:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>.

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

**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. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. 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 this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

At the hearing, you and your lawyer or other representative will have a chance to explain why we are wrong and a chance to give the hearing officer written papers that explain why we are wrong.

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements.

At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. For the names of other lawyers, check your 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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file that we will give to the hearing officer at the fair hearing. Also, if you call, write or fax to us, we will provide you with free copies of other documents from your file that 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 us at the Record Access phone number on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

**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 us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

**PREAVISO DE CAMBIOS EN EL SUBSIDIO DE ASISTENCIA PÚBLICA  
Y/O CUPONES PARA ALIMENTOS  
POR INCUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LABORALES  
(OPORTUNO Y ADECUADO)  
Y CÓMO ESTA ACCIÓN AFECTA SUS BENEFICIOS DE MEDICAID**

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE AGENCIA/CENTRO U OFICINA DE DISTRITO		
NÚMERO DE CASO	CIN			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de persona a cargo, de estar presente) Y DOMICILIO				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">[</span> <span style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">]</span> </div>		NÚMERO GENERAL DE TELÉFONO PARA PREGUNTAS O AYUDA		
		Conferencia con la Agencia Información sobre Audiencia Imparcial y Asistencia Acceso a los Archivos Información sobre Asistencia Legal		
NO. DE OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O PERSONA A CARGO DEL CASO	NO. DE TELÉFONO

Por medio de este **AVISO** le hacemos saber que la agencia MODIFICARÁ SU(S) BENEFICIO(S). Si bien el/los cambio(s) se explica(n) abajo, junto a(l)/los casillero(s) marcado(s), usted debe leer **COMPLETAMENTE** la información contenida en ambos lados de este aviso.

### ASISTENCIA PÚBLICA

SE REDUCIRÁ su subsidio de asistencia pública de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_\_ hasta que \_\_\_(persona sancionada) cumpla con las actividades laborales asignadas por el departamento (primer incidente).

SE REDUCIRÁ su subsidio de asistencia pública a partir de \_\_\_\_\_, de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ meses y hasta que \_\_\_\_\_ (la persona sancionada) cumpla con las actividades laborales que le fueron asignadas.

Durante el periodo de sanción, la porción de los beneficios de asistencia pública de la unidad familiar de \_\_\_\_\_ no se pueden incluir. Antes de que finalice el periodo de sanción, la unidad familiar tiene el derecho de volver a presentar una solicitud para la persona sancionada. Sin embargo, le recomendamos comunicarse con esta agencia a más tardar el \_\_\_\_\_ para asegurar que su nueva solicitud se procesa a tiempo.

Para esa fecha, la persona sancionada debe haber cumplido con las actividades laborales que se le asignaron como requisito para recibir asistencia. La persona sancionada puede volver a solicitar asistencia después de esa fecha, pero aunque, es posible que tenga que esperar para recibir el subsidio en su totalidad.

SE SUSPENDERÁ su subsidio de asistencia pública a partir de \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ meses y hasta que cumpla con \_\_\_\_\_ actividades laborales asignadas.

La RAZÓN de esta decisión es que después de revisar su caso, incluyendo las razones que \_\_\_\_\_ nos pueda haber dado para justificar su incumplimiento, se ha determinado que el día \_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_ (persona sancionada) deliberadamente y sin causa justificada, no hizo o se nego a \_\_\_\_\_.

Esta decisión se basa en la Reglamentación 18 NYCRR 385.12.

### CUPONES PARA ALIMENTOS

SE REDUCIRÁ su beneficio de cupones para alimentos a partir de \_\_\_\_\_ de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_.

SE SUSPENDERÁ su beneficio de cupones para alimentos a partir de \_\_\_\_\_.  
Al terminar el periodo de inhabilitación, usted puede volver a solicitar los cupones.

CONTINUARÁ su beneficio de cupones para alimentos, sin ningún cambio.

\_\_\_\_\_ será sancionado(a) por \_\_\_\_\_ meses. Después del periodo de sanción, la unidad familiar puede solicitar que la persona sancionada vuelva a ser incluida en el caso de cupones. Sin embargo, la persona sancionada debe cumplir con las actividades laborales asignadas, antes de ser incluida de nuevo en el caso. Antes de que el periodo de sanción termine, la persona sancionada podría habilitar para recibir beneficio de cupones, si a él o a ella ya no se le exige que cumpla con los requisitos laborales.

La RAZÓN de esta decisión es la siguiente: \_\_\_\_\_

Esta decisión se basa en la Reglamentación 18 NYCRR 385.12.

### ASISTENCIA MÉDICA

Su cobertura de Asistencia Médica continuará sin modificaciones.

Esta decisión se basa en la Reglamentación 18 NYCRR 360-2.6.

**LEA EL REVERSO DE ESTE AVISO PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN.**



NOMBRE:	DOMICILIO:	NÚMERO DE CASO:
---------	------------	-----------------

### **CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES - ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?**

Si cree que nuestra determinación es incorrecta, puede solicitar una revisión. Si hemos cometido un error, lo corregiremos. Usted puede tomar ambas medidas, 1 y 2.

1. Solicitar una reunión (conferencia) con un supervisor; 2. Solicitarle al Estado una audiencia imparcial con un funcionario estatal de audiencias.

1. **CONFERENCIA** (reunión informal con nosotros): si usted cree que nuestra determinación fue incorrecta o si no entiende lo que hemos resuelto, sírvase llamar para concertar una reunión. Llame al número para conferencias que aparece en el **anverso** de este aviso o escribanos a la dirección que aparece en esa misma página. En algunos casos, ésta es la forma más rápida de resolver este tipo de problemas. Le recomendamos hacerlo, aunque haya solicitado una audiencia imparcial.

Si solamente solicita una reunión con nosotros; no mantendremos sus beneficios sin cambios mientras dure el proceso de apelación. Sus beneficios se mantendrán sin cambios solamente si usted solicita una audiencia imparcial estatal. (Vea abajo la sección titulada «Mantener sus Beneficios sin Cambios»).

2. **AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL**: usted tiene el siguiente lapso de tiempo dentro del cual puede solicitar una audiencia imparcial.

Tipo de beneficio	Plazo
Asistencia Pública	60 días
Cupones para Alimentos	90 días

**MANTENER SUS BENEFICIOS SIN CAMBIOS**: si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en esta notificación, y nuestra decisión afecta su Asistencia Pública o sus beneficios de Cupones para Alimentos, usted continuará recibiendo sus beneficios sin cambios hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial.

Si usted no quiere que sus beneficios continúen sin cambios hasta que se tome la decisión, deberá informárselo al Estado cuando llame para solicitar la audiencia imparcial o si usted devuelve este aviso, marque la casilla a continuación:

No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que se tome la decisión de la audiencia imparcial.

Asistencia Pública  Cupones para Alimentos

**CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL**: puede solicitar una audiencia imparcial **por correo, por teléfono, por fax o por internet**.

**Por correo**: rellene este aviso y envíe una copia de todas las partes del mismo a: *Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201*. Favor de quedarse con una copia.

Deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la decisión de la agencia. (Puede explicar a continuación por qué no está de acuerdo, aunque no tiene que incluir una explicación por separado).

**Por teléfono**: 800-342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTE AVISO CUANDO LLAME)

**Por fax**: envíe por fax una copia del anverso y reverso de este aviso al: (518) 473-6735

**Por internet**: rellene una petición electrónica en el siguiente sitio: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Si no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por fax o por internet, favor de solicitar por escrito una audiencia imparcial antes del vencimiento del plazo.

**LO QUE SUCEDE EN UNA AUDIENCIA IMPARCIAL**: el Estado le enviará un aviso informándole cuándo y dónde se realizará la audiencia imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué cree que nuestra decisión es incorrecta. Puede traer consigo a un abogado, a un familiar o a un(a) amigo(a), o a alguien más que pueda ayudarle a exponer su caso. Si no puede presentarse, puede enviar a otra persona en su representación. Si la persona que lo representará no es un abogado, debe entregarle a esta persona una carta, dirigida al funcionario de audiencias, en la que usted declara que desea que dicha persona lo represente en la audiencia.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante, tendrán la oportunidad de explicar el porqué de nuestra equivocación, como también la oportunidad de presentar, ante el funcionario de audiencias, documentos que demuestren nuestra equivocación.

Con el fin de ayudarle a exponer el motivo de nuestra equivocación, le sugerimos presentar testigos que puedan avalar su caso. También, le sugerimos presentar documentos tales como: comprobantes de pagos salariales, contrato de alquiler, recibos, cuentas médicas, etc.

Durante la audiencia, usted y su abogado u otro representante, podrán interrogar a nuestros testigos, o a los que usted presente para avalar su caso.

**ASISTENCIA LEGAL**: si cree que necesita representación legal en la resolución de este problema, puede obtener los servicios de un abogado, sin costo alguno, comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (*Legal Aid Society*) u otra asociación de defensa legal de su localidad. Puede encontrar los nombres de otros abogados en las páginas amarillas, bajo «Abogados» (“*Lawyers*”).

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS**: en preparación para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama o nos escribe, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos contenidos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama, nos escribe o envía un fax, le brindaremos, sin cargo, copias de otros documentos contenidos en su archivo, y los cuales usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llámenos al número de teléfono de Acceso a Archivos señalado en el **anverso** de este aviso o mande una carta a la dirección indicada en esa misma página.

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente los solicita.

**INFORMACIÓN**: si desea información adicional sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos al número de teléfono señalado en el **anverso** de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.