



# FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Matthew Brune, Executive Deputy Commissioner



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

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner  
Office of Procedures

## POLICY BULLETIN #11-75-OPE

### OBSOLETE FORMS W-25D, W-575R, W-648F, AND W-648G

<b>Date:</b> August 16, 2011	<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 policy bulletin is to inform all staff that the following forms are now obsolete because they have either been replaced, outdated, and/or the intended programs are no longer applicable:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Request for Case Reopening (<b>W-25D</b>)</li> <li>• Notice to Report Employment (<b>W-575R</b>)</li> <li>• Family Contribution Notice (<b>W-648F</b>)</li> <li>• Notice of Intent to Change Contribution Fee (<b>W-648G</b>)</li> </ul> <p>Samples of the obsolete forms are attached.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p><b>Attachments:</b></p> <table border="0"> <tr> <td><b>W-25D</b></td> <td>Request for Case Reopening (Obsolete)</td> </tr> <tr> <td><b>W-575R</b></td> <td>Notice to Report Employment (Obsolete)</td> </tr> <tr> <td><b>W-575R (S)</b></td> <td>Notice to Report Employment (Spanish) (Obsolete)</td> </tr> <tr> <td><b>W-648F</b></td> <td>Family Contribution Notice (Obsolete)</td> </tr> <tr> <td><b>W-648F (S)</b></td> <td>Family Contribution Notice (Spanish) (Obsolete)</td> </tr> <tr> <td><b>W-648G</b></td> <td>Notice of Intent to Change Contribution Fee (Obsolete)</td> </tr> <tr> <td><b>W-648G (S)</b></td> <td>Notice of Intent to Change Contribution Fee (Spanish) (Obsolete)</td> </tr> </table>	<b>W-25D</b>	Request for Case Reopening (Obsolete)	<b>W-575R</b>	Notice to Report Employment (Obsolete)	<b>W-575R (S)</b>	Notice to Report Employment (Spanish) (Obsolete)	<b>W-648F</b>	Family Contribution Notice (Obsolete)	<b>W-648F (S)</b>	Family Contribution Notice (Spanish) (Obsolete)	<b>W-648G</b>	Notice of Intent to Change Contribution Fee (Obsolete)	<b>W-648G (S)</b>	Notice of Intent to Change Contribution Fee (Spanish) (Obsolete)
<b>W-25D</b>	Request for Case Reopening (Obsolete)														
<b>W-575R</b>	Notice to Report Employment (Obsolete)														
<b>W-575R (S)</b>	Notice to Report Employment (Spanish) (Obsolete)														
<b>W-648F</b>	Family Contribution Notice (Obsolete)														
<b>W-648F (S)</b>	Family Contribution Notice (Spanish) (Obsolete)														
<b>W-648G</b>	Notice of Intent to Change Contribution Fee (Obsolete)														
<b>W-648G (S)</b>	Notice of Intent to Change Contribution Fee (Spanish) (Obsolete)														

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?  
Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or  
send an e-mail to *FIA Call Center Fax* or fax to: (917) 639-0298

### Request for Case Reopening

Case Name	Case No.	CSLD

Address

Date Closed \_\_\_\_\_ Closing Code \_\_\_\_\_ Program Code \_\_\_\_\_

Reason for Closing \_\_\_\_\_

**Case Decision**

Case Reopened Eff \_\_\_\_\_ Acceptance Code \_\_\_\_\_

Reason (attach documentation if applicable) \_\_\_\_\_

Denied  
Reason \_\_\_\_\_

OBSOLETE

**Grants**

Period Covered by Last Grant \_\_\_\_\_

Eligible for Retroactive Assistance  Yes  No

Reason \_\_\_\_\_

	DSS-3575	DSS-3574
Prepared for Current Period	_____	_____
Amount	_____	_____
Retroactive Period	_____	_____
Amount	_____	_____

Eligibility Specialist \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ IM Supervisor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Notice to Report Employment

### To: All public assistance participants who are working

Welfare laws require adults, age 18 years or older, on a public assistance case, to report income from employment. Even if you are not the head of the household, you must report this information to HRA or you risk benefit reduction and possible recoupment from your grant.

There are benefits for which you and your family may qualify if you immediately report income from full-time or part-time employment. If you are found ineligible for public assistance, your household may still be entitled to participate in transitional child care, community-based Medicaid or other health insurance programs. In addition, your household may still qualify for food stamps or your Food Stamp benefit may increase. Child support payments can go directly to you and HRA can give you information on the availability of the earned income tax credit and how to apply. If you are in a low-paying, part-time or full-time job, you may also qualify for assistance from an employment services and placement agency to find a better paying job at no cost to you.

If you are working, you can report your full-time or part-time job in any one of three (3) ways:

- **Fill out** the Declaration of Employment (W-575T) enclosed with this letter, sign it and **immediately** mail it, along with a copy of your four most recent pay stubs, using the enclosed, self-addressed envelope.
- **Bring your letter with you and visit your Job Center** Monday through Friday from 9:00 AM to 5:00 PM with documentation verifying your present earnings.
- **Bring your letter with you, along with documentation verifying your present earnings, and visit one of the Saturday Employment Reporting Centers** listed below, on Saturdays between 9:00 AM and 4:00 PM.
  - **Manhattan**  
Employment Reporting Unit: 109 East 16th Street, First Floor, New York, NY 10003
  - **Bronx**  
Fordham Job Center: 2551 Bainbridge Avenue, Bronx, NY 10458
  - **Brooklyn**  
Linden Job Center: 45 Hoyt Street, Brooklyn, NY 11201
  - **Queens**  
Jamaica Job Center: 90-75 Sutphin Boulevard, Jamaica, NY 11435
  - **Staten Island**  
Richmond Job Center: 201 Bay Street, Staten Island, NY 10301

**Congratulations on your new job!!! We look forward to hearing from you soon.**

## Aviso sobre su Deber de Informar de un Empleo

### Para: Todos los participantes de asistencia pública que están trabajando

Las leyes del Welfare requieren que adultos, de 18 años de edad o mayores, en un caso de asistencia pública, informen su ingreso de empleo. Aún si no es jefe de familia, usted tiene que comunicar esta información a la HRA o arriesgarse a la reducción de beneficios y la posible recuperación de su subvención.

Existen beneficios para los cuales usted y su familia pueden calificar si usted informa el ingreso de un trabajo a tiempo completo o a tiempo parcial inmediatamente. Si le encuentran inelegible para asistencia pública, su hogar puede que todavía tenga derecho a participar en el cuidado de transición para niños, Medicaid con base comunitaria, u otros programas de seguro de salud. Además, su hogar todavía puede calificar para cupones para alimentos o su beneficio de Cupones para Alimentos puede aumentar. Pagos de manutención para niños pueden ir directamente a usted y la HRA puede proporcionarle información respecto a la disponibilidad del crédito de impuestos por ingreso devengado y al trámite de solicitud correspondiente. Si usted se encuentra en un trabajo a tiempo parcial o a tiempo completo de baja paga, también puede calificar para asistencia de una agencia de servicio de empleo y de colocación para que usted consiga trabajo a ningún costo.

Si usted está trabajando, usted puede informar su trabajo a tiempo completo o a tiempo parcial de cualquiera de las siguientes tres (3) maneras:

- **Liene** la Declaración de Empleo (**W-575T [S]**) (Declaration of Employment [**W-575T**]) adjunta a esta carta, firmela y envíela por correo **inmediatamente**, junto con una copia de sus cuatro más recientes talones de paga, en el sobre adjunto dirigido al remitente.
- **Traiga su carta consigo, y visite su Centro de Trabajo (Job Center)** de lunes a viernes de 9:00 AM a 5:00 PM con documentación verificando sus ganancias actuales.
- **Traiga su carta consigo, junto con documentación que compruebe su ingreso actual, y visite uno de los Centros de Notificación de Empleo para los Sábados (Saturday Employment Reporting Centers)** listados debajo, los sábados entre las 9:00 AM y las 4:00 PM.
  - **Manhattan**  
Unidad de Notificación de Empleo (Employment Reporting Unit): 109 East 16th St.,  
Primer Piso, New York, NY 10003
  - **Bronx**  
Centro de Trabajo de Fordham: 2551 Bainbridge Avenue, Bronx, NY 10458
  - **Brooklyn**  
Centro de Trabajo de Linden: 45 Hoyt Street, Brooklyn, NY 11201
  - **Queens**  
Centro de Trabajo de Jamaica: 90-75 Sutphin Boulevard, Jamaica, Queens, NY 11435
  - **Staten Island**  
Centro de Trabajo de Richmond: 201 Bay Street, Staten Island, NY 10301

**!!!Felicitaciones por su nuevo trabajo!!! Nos complacerá mucho que se comuniquen con nosotros pronto.**

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
FH&C Phone: \_\_\_\_\_

### Family Contribution Notice

Pursuant to New York State Regulations, Temporary Assistance participants who are employed and reside in a New York City shelter may be required to contribute toward his/her monthly shelter cost. We have determined that you have countable income which is greater than the amount necessary to meet your non-shelter expenses. We consider this excess income to be available to help pay for the cost of your temporary shelter at

\_\_\_\_\_.  
Based on your family's needs and the earned income (minus the applicable disregards), we have determined that your household is required to contribute \$ \_\_\_\_\_ monthly toward your shelter cost.

This amount is due on \_\_\_\_\_. All payments must be made by certified check or money order payable to the City of New York. You should contact your shelter manager to arrange for payments.

**OBSELETE**

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.  
BE SURE TO READ THE INTERVIEW/APPLICATION RIGHTS FOR FOOD STAMP BENEFITS AND  
THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION SECTION OF THIS NOTICE  
FOR 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:  
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 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 or write to us at the phone number/address listed on **page 1** of this notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

**Continuing Your Benefits:** If our decision affects your benefits and you ask for a Fair Hearing within ten (10) days of the date of this notice, we will restore your benefits to the level that they were at before this notice, until a Fair Hearing decision is issued. 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 social services 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:**

# OBSOLETE

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
Name M.I. Last Name

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Teléfono de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso de Contribución Familiar

Conforme al Reglamento del Estado de Nueva York, a los participantes de Asistencia Temporal que están empleados y residen en un refugio de la Ciudad de Nueva York se les puede requerir que contribuyan a su costo mensual de albergue. Hemos determinado que usted tiene ingreso contable mayor a la cantidad necesaria para cubrir sus gastos que no sean de albergue. Consideramos que este ingreso excedente está disponible para

pagar el costo de su albergue temporario en \_\_\_\_\_.

Según las necesidades de su familia y el ingreso salarial (menos las excepciones correspondientes), hemos determinado que su hogar está obligado a contribuir \$ \_\_\_\_\_ mensuales destinados a su costo de albergue.

Esta cantidad es pagadera el \_\_\_\_\_. Todos los pagos tienen que hacerse por cheque certificado o giro postal pagadero a la Ciudad de Nueva York. Usted debe comunicarse con su administrador de albergue para concertar los pagos.

**OBSELETE**

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE DERECHOS DE ENTREVISTAS/SOLICITUDES DE CUPONES PARA ALIMENTOS Y 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 (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en **la primera página** de este aviso, o escríbanos 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) TELEPHONE:** 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: **(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 Asistencia 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/oaah/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 cómo 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. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

**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):** Si nuestra decisión ha afectado sus beneficios y usted pide una Audiencia Imparcial dentro de diez (10) días de la fecha de este aviso, le restauraremos sus beneficios al nivel que estaban antes de este aviso, hasta que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial. 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.**

**Deadline:** Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de (60) días desde la fecha del aviso para asuntos de servicios sociales.

Si no logra comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y de Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) 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:**

# OBSOLETE

Nombre en  
letra de molde: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Teléfono de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso de Contribución Familiar

Conforme al Reglamento del Estado de Nueva York, a los participantes de Asistencia Temporal que están empleados y residen en un refugio de la Ciudad de Nueva York se les puede requerir que contribuyan a su costo mensual de albergue. Hemos determinado que usted tiene ingreso contable mayor a la cantidad necesaria para cubrir sus gastos que no sean de albergue. Consideramos que este ingreso excedente está disponible para

pagar el costo de su albergue temporario en \_\_\_\_\_.

Según las necesidades de su familia y el ingreso salarial (menos las excepciones correspondientes), hemos determinado que su hogar está obligado a contribuir \$ \_\_\_\_\_ mensuales destinados a su costo de albergue.

Esta cantidad es pagadera el \_\_\_\_\_. Todos los pagos tienen que hacerse por cheque certificado o giro postal pagadero a la Ciudad de Nueva York. Usted debe comunicarse con su administrador de albergue para concertar los pagos.

**OBSELETE**

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE DERECHOS DE ENTREVISTAS/SOLICITUDES DE  
CUPONES PARA ALIMENTOS Y 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 (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en **la primera página** de este aviso, o escríbanos 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) TELEPHONE:** 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: **(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 Asistencia 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/oaah/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 cómo 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. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

**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):** Si nuestra decisión ha afectado sus beneficios y usted pide una Audiencia Imparcial dentro de diez (10) días de la fecha de este aviso, le restauraremos sus beneficios al nivel que estaban antes de este aviso, hasta que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial. 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.**

**Deadline:** Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de (60) días desde la fecha del aviso para asuntos de servicios sociales.

Si no logra comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y de Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) 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:**

# OBSOLETE

Nombre en  
letra de molde: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
FH&C Phone: \_\_\_\_\_

### Notice of Intent to Change Contribution Fee

Your shelter contribution amount is being changed from \$ \_\_\_\_\_ to \$ \_\_\_\_\_

effective on \_\_\_\_\_.

The reason for this change is \_\_\_\_\_.

All payments must be made by certified check or money order payable to the City of New York.

**OB  
S  
O  
L  
E  
T  
E**

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.  
BE SURE TO READ THE INTERVIEW/APPLICATION RIGHTS FOR FOOD STAMP BENEFITS AND  
THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION SECTION OF THIS NOTICE  
FOR 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:  
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 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 or write to us at the phone number/address listed on **page 1** of this notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

**Continuing Your Benefits:** If our decision affects your benefits and you ask for a Fair Hearing within ten (10) days of the date of this notice, we will restore your benefits to the level that they were at before this notice, until a Fair Hearing decision is issued. 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 social services 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:**

OBSOLETE

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
Name M.I. Last Name

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono  
de Conferencia: \_\_\_\_\_

### Aviso de Propósito para Cambiar la Cuota de Contribución

La cantidad de su contribución de albergue va a cambiar de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_

a partir de \_\_\_\_\_.

La razón por este cambio es \_\_\_\_\_.

Todos los pagos tienen que hacerse por cheque certificado o giro postal pagadero a la Ciudad de Nueva York.

**OBSOLETE**

**TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE ENTREVISTA/SOLICITUD  
PARA BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS Y 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 (Fair Hearing and Conference – 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:  
**(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 Asistencia 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 cómo 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. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

**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):**

Si nuestra decisión ha afectado sus beneficios y usted pide una Audiencia Imparcial dentro de diez (10) días de la fecha de este aviso, le restauraremos sus beneficios al nivel que estaban antes de este aviso, hasta que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial. 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 repase nuestra decisión, tiene que solicitar un Audiencia Imparcial dentro de diez (60) días de la fecha de este aviso para asuntos de servicios sociales.

Si no logra comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y de Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) 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:**

OBSOLETE

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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