



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 #12-26-OPE

CORRECTED WRONGLY TRANSFERRED RECOUPMENTS PROCESS

Date: March 29, 2012	Subtopic(s): Recoupments
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>Refer to PB #11-83-OPE</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to notify Job Center staff and Fair Hearing and Conference (FH&C) staff that the recoupment transfer process has been corrected.</p> <p>In January of 2011 (and in two months in 2010) an automated recoupment transfer process moved recoupments from closed cases to active cases when a case member of the closed case was opened on the active case. In August 2011, a coding error was identified which caused recoupments to be moved to the new case even though the case member was a child at the time of the offense date of the recoupment, or if the participant was not active at the time of the offense. As a result, recoupments were transferred when they should not have been. In some instances, the transferred recoupment went into effect immediately.</p> <p>To restore benefits to affected Households (H/H):</p> <ul style="list-style-type: none"> • the Office of Temporary Disability Assistance (OTDA) will identify the affected cases and send a file to the Investigation, Revenue and Enforcement Administration (IREA) and place the recoupments in "Suspend" status. • IREA will identify the amounts recouped in error and return the files to OTDA containing the case number and suffix due a refund with the amount for each case. • OTDA will generate a single payment for a case with one recoupment, and a single cumulative payment for a case with multiple recoupments. • OTDA will utilize Public Assistance (PA) Single Issuance (SI) code 74 (Benefit Restoration) to issue the refund. The unique authorization number 20110571 will be used.

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

- OTDA will generate Notice of Intent to Reverse the Transfer of Recoupment for Households (**Attachment A**) not entitled to a refund because the recoupment did not start.
- OTDA will generate Notice of Intent to Reverse the Transfer of Recoupment and Refund the Amount of Recoupment Collected for Households (**Attachment C**) receiving a refund.


Effective Immediately

Related Item:

[PB #11-83-OPE](#)

Attachments:

- | | |
|---------------------|--|
| Attachment A | Notice of Intent to Reverse the Transfer of Recoupment |
| Attachment B | Notice of Intent to Reverse the Transfer of Recoupment (S) |
| Attachment C | Notice of Intent to Reverse the Transfer of Recoupment and Refund the Amount of Recoupment Collected |
| Attachment D | Notice of Intent to Reverse the Transfer of Recoupment and Refund the Amount of Recoupment Collected (S) |
| Attachment E | Conference and Fair Hearing Information |
| Attachment F | Conference and Fair Hearing Information (S) |

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

New York State
Office of Temporary
and Disability Assistance



**Notice of Intent to Reverse the
Transfer of Recoupment**

Case Number:
Local Office:
Unit Worker:
General Telephone No. for
Questions or Help:

March 2012

Notice of Intent to Reverse the Transfer of Recoupment

The Human Resources Administration previously notified you that it intended to reduce your cash assistance grant to recover an overpayment or overpayments made to an individual in a previous case. Your grant was going to be reduced because you were the head-of-household or an individual who received the overpayment or overpayments is now a member of your case.

The transfer of this recoupment or recoupments was incorrect and is being reversed. The responsibility for this recoupment or recoupments is being transferred back to the original case. There will be no reduction made to your cash grant for this recoupment or recoupments.



**Preaviso de Reverso de
Transferencia de Recuperación**

Número de caso:
Oficina Local:
Unidad Trabajador(a):
No. de teléfono general para hacer
preguntas o pedir ayuda:

Marzo 2012

Preaviso de Reverso de Transferencia de Recuperación

La Administración de Recursos Humanos previamente le notificó a usted que tenía intenciones de reducir el subsidio de asistencia de dinero en efectivo que usted recibe con motivo de recuperar un pago o los pagos en exceso hecho(s) a una persona en un caso previo. Su subsidio se iba a reducir porque usted era el jefe de familia o una persona que recibió el pago o los pagos en exceso y ahora es miembro de su caso.

La transferencia de una o más recuperaciones fue incorrecta y se reversará. La responsabilidad de esta recuperación o de estas recuperaciones se está traspasando de regreso al caso original. No se hará una reducción a su subvención de dinero en efectivo en cuanto a esta recuperación o a estas recuperaciones se refiere(n).

New York State
Office of Temporary
and Disability Assistance



**Notice of Intent to Reverse the
Transfer of Recoupment and
Refund of Amount Collected**

Case Number:
Local Office:
Unit Worker:
General Telephone No. for
Questions or Help:

March 2012

**Notice of Intent to Reverse the Transfer of Recoupment
and Refund the Amount of Recoupment Collected**

SAMPLE

The Human Resources Administration incorrectly reduced your cash assistance grant to recover an overpayment made to an individual in a previous case. Your grant was originally reduced because you were the head-of-household or the person who received the overpayment was a member of your case. The responsibility for the overpayment or overpayments is being transferred back to the individual's original case. A refund in the amount of _____ will be paid to you for the monies previously deducted from your cash grant for this recoupment or recoupments.

New York State
Office of Temporary
and Disability Assistance



**Preaviso de Reverso de
Transferencia de Recuperación y
Reembolso del Monto Colectado**

Número de caso:
Oficina Local:
Unidad Trabajador(a):
No. de teléfono general para hacer
preguntas o pedir ayuda:

Marzo 2012

**Preaviso de Reverso de Transferencia de Recuperación
y Reembolso del Monto de Recuperación Colectado**

La Administración de Recursos Humanos incorrectamente redujo el subsidio suyo de dinero en efectivo con motivo de recuperar un pago en exceso desembolsado a una persona en un caso previo. Su subvención se redujo originalmente porque usted era el jefe de familia o la persona que recibió el pago en exceso formaba parte de su caso. La responsabilidad del pago o de los pagos en exceso se está transfiriendo de regreso al individuo del caso original. Un reembolso por el monto de _____ se le pagará a usted correspondiente al dinero que originalmente se le redujo de su subvención de dinero en efectivo pertinente a esta recuperación o a estas recuperaciones.

ATTACHMENT E

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

If you think our decision is wrong, you can ask for a review of our decision. We will correct our mistakes. 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 **90 days** from the date of this notice to ask for a fair hearing:

KEEPING YOUR BENEFITS THE SAME: We will restore your Food Stamp Benefits to the same level they were before this notice, if you ask for a fair hearing before the effective date stated in this notice. However, if you lose the fair hearing, you will have to pay back any Food Stamp Benefits you got, but should not have gotten, 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 Food Stamp Benefits the same until the Fair Hearing decision is issued.

If at the hearing, the hearing officer determines that you are not complaining about an incorrect computation of your benefits or that there has been a misapplication or misinterpretation of Federal Law or regulations, the hearing officer may determine that you were not entitled to have your Food Stamp Benefits continue unchanged until the fair hearing decision is issued, and order that the reduction take effect immediately.

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

Mail: Send a copy of the 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.

Walk-In: Bring a copy of this entire notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn.

Online: Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/oal/forms.asp>.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, fax, walk-in or on-line, 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, write or fax to 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 to us, we will send you free copies of other 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, or 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 us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

ATTACHMENT F

CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES: ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?

Si cree que nuestra decisión es incorrecta, puede solicitar una revisión de nuestra decisión. Corregiremos nuestro error. Usted puede tomar ambas acciones, 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 decisión es incorrecta o si no comprende nuestra decisión, sírvase llamarnos para solicitar una reunión. Llame al número de teléfono para conferencias que aparece en el **anverso** de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en el **anverso** de esta notificación. En algunos casos, ésta es la forma más rápida de resolver problemas. Le recomendamos hacerlo, aunque haya solicitado una audiencia imparcial.

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

2. **UDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL**: usted tiene **90 días**, contados a partir de la fecha de esta notificación, para solicitar una audiencia imparcial:

MANTENER SUS BENEFICIOS SIN CAMBIOS: reanudaremos sus beneficios de Asistencia Pública al mismo nivel en que estaban antes de esta notificación si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de vigencia señalada en esta notificación. Sin embargo, si la audiencia imparcial no se decide a su favor, tendrá que devolver todos los beneficios de Asistencia Pública que recibió, pero que no debería haber recibido mientras esperaba por la decisión de la audiencia.

Si usted no quiere que sus beneficios continúen al mismo nivel hasta que se remita la decisión, deberá informárselo al Estado cuando llame para solicitar una audiencia imparcial o si usted devuelve esta notificación, marque la casilla a continuación:

No deseo que mis beneficios de Asistencia Pública continúen al mismo nivel hasta que se remita la decisión de la audiencia imparcial.

Si en la audiencia, el oficial de audiencias determina que su queja no tiene que ver con un cálculo incorrecto de sus beneficios o que hubo una aplicación o interpretación incorrecta de la ley federal o reglamento, el oficial de audiencias puede dictaminar que usted no tenía derecho a continuar recibiendo los beneficios de Asistencia Pública sin cambios mientras esperaba por la decisión de la audiencia imparcial, y como resultado ordenar que la reducción entre en vigor inmediatamente.

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

Por correo: envíe una copia de esta notificación rellena 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 esta notificación al: **(518) 473-6735**.

En persona: traiga una copia de todas las partes de este aviso a la oficina de New York State Office of Temporary and Disability Assistance ubicada en: 14 Boerum Place, Brooklyn.

Por internet: rellene una solicitud en línea en: <http://www.otda.ny.gov/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, en persona 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 usted 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 cual 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 por qué creen que nuestra decisión es incorrecta, 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.

En la audiencia, usted y su abogado o representante, podrán interrogar a los testigos que nosotros presentemos o los que usted presente con motivo de 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 imparcial, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama, nos escribe o nos envía un fax, le enviaremos copias gratis de documentos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario de audiencias en la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe o nos manda un fax, le enviaremos copias gratis de documentos específicos 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 **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** o mande una carta a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**.

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 el **anverso** de esta notificación.