



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 # 12-62-OPE

(This PB obsoletes PB #04-106-OPE, PB #03-149-OPE, PB #02-130-OPE, PB #07-21-OPE, PB #06-109-OPE and PB #08-21-OPE)

REVISIONS TO FORMS EBT-23, FIA-1021, M-3MM, M-40K, W-119, W-119D, W-129A, W-140VV AND W-908F

Date: August 1, 2012	Subtopic: Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>See PB #08-154-OPE</p> <p>See PB #11-07-ELI</p> <p>See PB #08-83-OPE</p> <p>See PD #11-12-OPE for Forms M-40k, W-119 and W-119D</p> <p>See PB #08-14-OPE</p> <p>See PB #08-68-OPE and PB #11-73-OPE</p> <p>See PB #12-42-OPE</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all Job Center and Non Cash Assistance Food Stamp (NCA-FS) Center staff that as a result of a name change by the United States Department of Agriculture (USDA), beginning August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits. Any reference to NCA FS Centers shall mean SNAP Centers. Therefore, the following forms have been revised:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notice of Special Cash Assistance and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefit (EBT-23) • Notice of Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Status (FIA-1021) • Notification of Application Withdrawal (Cash Assistance, Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP] and Medical Assistance) (M-3mm) • Notice of Denial of Expedited Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Service or Inability to Issue Supplemental Nutrition Assistance Program Benefits (M-40k) • Request for Contact on a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Application (W-119) • Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (W-119D) • Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Eligibility Interview Telephone Appointment Notice (W-129A) • Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Recertification Notice (F61) (W-140VV) • Notice of Rescheduled Supplemental Nutrition Assistance Program Telephone Recertification Interview (W-908F)

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

W-119 and W-129A

Additional revisions to Forms **W-119** and **W-129A** have been made to incorporate a two hour range for telephone application interviews.

Job Center Directors and NCA Food Stamp Directors must ensure that all previous versions of the forms and the multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.

Samples of the forms are attached.

Effective Immediately

Related Items:

- [PB #08-14-OPE](#)
- [PB #08-68-OPE](#)
- [PB #08-83-OPE](#)
- [PB #08-154-OPE](#)
- [PB #11-07-ELI](#)
- [PB #11-73-OPE](#)
- [PB #12-42-OPE](#)
- [PD #11-12-OPE](#)

Attachments:

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

- EBT-23** Notice of Special Cash Assistance and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefit (Rev. 8/1/12)
- EBT-23 (S)** Notice of Special Cash Assistance and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefit (Spanish) (Rev. 8/1/12)
- FIA-1021** Notice of Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Status (Rev. 8/1/12)
- FIA-1021 (S)** Notice of Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Status (Spanish) (Rev. 8/1/12)
- M-3mm** Notification of Application Withdrawal (Cash Assistance, Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP] and Medical Assistance) (Rev. 8/1/12)
- M-3mm (S)** Notification of Application Withdrawal (Cash Assistance, Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP] and Medical Assistance) (Spanish) (Rev. 8/1/12)
- M-40k** Notice of Denial of Expedited Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Service or Inability to Issue Supplemental Nutrition Assistance Program Benefits (Rev. 8/1/12)

M-40k (S)	Notice of Denial of Expedited Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Service or Inability to Issue Supplemental Nutrition Assistance Program Benefits (Spanish) (Rev. 8/1/12)
W-119	Request for Contact on a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Application (Rev. 8/1/12)
W-119 (S)	Request for Contact on a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Application (Spanish) (Rev. 8/1/12)
W-119D	Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (Rev. 8/1/12)
W-119D (S)	Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (Spanish) (Rev. 8/1/12)
W-129A	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Eligibility Interview Telephone Appointment Notice (Rev. 8/1/12)
W-129A (S)	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Eligibility Interview Telephone Appointment Notice (Spanish) (Rev. 8/1/12)
W-140VV	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Recertification Notice (F61) (Rev. 8/1/12)
W-140VV (S)	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Recertification Notice (F61) (Spanish) (Rev. 8/1/12)
W-908F	Notice of Rescheduled Supplemental Nutrition Assistance Program Telephone Recertification Interview (Rev. 8/1/12)
W-908F (S)	Notice of Rescheduled Supplemental Nutrition Assistance Program Telephone Recertification Interview (Spanish) (Rev. 8/1/12)

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Category: _____
Suffix: _____
Center Number: _____
Center Telephone Number: _____

Notice of Special Cash Assistance and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefit

Note: Beginning August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

This is to advise you that we are authorizing a special Cash Assistance benefit(s) in the amount of:
\$ _____ from: _____ to: _____ for the following reasons:

\$ _____ from: _____ to: _____ for the following reasons:

These grant(s) will be available for you on or after _____. If they are not available at that time, please inquire at your Job Center only.

This is to advise you that we are authorizing a special Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefit in the amount of:

\$ _____ from: _____ to: _____ for the following reasons:

\$ _____ from: _____ to: _____ for the following reasons:

These grant(s) will be available for you on or after _____. If they are not available at that time, please inquire at your Job Center or Food Stamp Center only.

You will need a CBIC photo ID card to pick up this benefit. If you do not have a CBIC photo ID card, call the Center number indicated above for more information on how to obtain one. To find out if your benefits are available before attempting to redeem them, please call the Electronic Benefit Transfer (EBT) hotline at (888) 328-6399.

Authorized by

Date

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Categoría: _____
Sufijo: _____
Número del Centro: _____
Núm. de Teléfono del Centro: _____

Aviso de Beneficio Especial de Asistencia en Efectivo y/o del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Nota: A partir del 29 de agosto, el Programa de Cupones para Alimentos se conocerá como el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda mención de Cupones para Alimentos se referirá a SNAP.

Por la presente le informamos que hemos autorizado un(os) beneficio(s) especial(es) de Asistencia en Efectivo por la cantidad de:

\$ _____ de: _____ a: _____ por las siguientes razones:

\$ _____ de: _____ a: _____ por las siguientes razones:

Esta(s) concesión(es) estará(n) disponible(s) el _____. o después. Si no está(n) disponible(s) en las fechas indicadas, favor de llamar y preguntar a su Centro de Trabajo solamente.

Por la presente le informamos que hemos autorizado un(os) beneficio(s) especial(es) del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) por la cantidad de:

\$ _____ de: _____ a: _____ por las siguientes razones:

\$ _____ de: _____ a: _____ por las siguientes razones:

Esta(s) concesión(es) estará(n) disponible(s) para usted el _____ o después. Si no está(n) disponible(s) en las fechas indicadas, favor de llamar y preguntar a su Centro de Cupones para Alimentos solamente.

Usted necesitará una tarjeta de identificación con foto de CBIC para recoger este beneficio. Si no tiene una, llame al número del Centro indicado más arriba para más información sobre cómo obtenerla. Para averiguar si sus beneficios están disponibles antes de cobrarlo, favor de llamar a la Electronic Benefit Transfer (EBT) hotline at (888) 328-6399.

Autorizado por

Fecha

Date: _____
Case Number: _____
Center: _____
Applicant/
Participant Name: _____

Notice of Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Status

Note: Beginning August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

The Human Resources Administration (HRA) has determined that you are an Able-Bodied Adult without Dependents (ABAWD) because you are subject to Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) work rules and you are:

- between the ages of 18 and 49;
- not pregnant;
- not the parent or other adult member of a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) household that contains a child under 18 years of age; and
- medically fit for employment.

What does this mean you have to do?

As a condition of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) eligibility, you must comply with the requirements listed below. Failure to comply with these requirements ~~without good cause~~ may result in the loss of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits until eligibility has been re-established. As an ABAWD, you will lose eligibility for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) if for more than three (3) months in every thirty-six (36) months you do not perform one of the following:

- Work (including "in-kind" work and volunteer work) for a total of at least 80 hours per month. There is no hourly wage requirement, but the work performed must not violate any State or Federal law(s) and/or regulation(s).
- Participate in a work program approved by the Human Resources Administration for at least 80 hours per month.
- Comply with a Work Experience Program (WEP) assignment.

Do you think you are exempt from the ABAWD status?

Please contact your Food Stamp Center if you believe that you are exempt from these requirements because you are:

- A person under 18 years of age, or 50 years of age or older; or
- An adult in a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) household with a child under 18 years of age; or
- A caretaker of incapacitated persons; or
- A pregnant woman; or
- Medically certified as physically or mentally unable to be employed; or
- Participating in a drug/alcohol treatment or rehabilitation program and deemed unable to work; or
- A recipient of Unemployment Insurance Benefits (UIB), or applicant for unemployment compensation and required to register for work as part of the application process; or
- A student enrolled at least half-time in any recognized school, training program, or institution of higher education, provided you have met the student eligibility criteria for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or
- An applicant for SSI and Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) until deemed eligible or ineligible for SSI; or
- Employed or self-employed for a minimum of 30 hours per week or receiving wages equal to the Federal minimum wage times 30 hours per week.

What happens if you become ineligible?

If you become ineligible for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) after failing to meet ABAWD requirements, you may re-establish eligibility by meeting the ABAWD requirements within 30 days following an application, or prior to the effective date of an adverse action, by doing the following:

- Verifying that you will participate in a qualifying activity for at least 80 hours in a consecutive 30-day period (e.g., new job start); or
- Participating in a 30-day job search, followed by WEP activities as assigned; or
- Working or participating in a qualifying work activity for at least 80 hours in a 30-day period.

You would then be expected to continue to work or participate in a work program in order to continue to receive Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits.

HRA will make a qualifying work activity or training opportunity available to you upon request, so that you may remain eligible for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits beyond the three-month limit.

If you re-establish Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) eligibility within 30 days of complying with ABAWD requirements and subsequently lose your job/work assignment, you will be eligible to receive Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) for an additional three-month period. This "grace" period begins the month following the month that you stop working or participating in a work program.

SAMPLE

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Centro: _____

Nombre del Solicitante/
Participante: _____

Aviso de Estado de Adulto Sano Sin Dependientes (ABAWD)

Nota: A partir del 29 de agosto, el Programa de Cupones para Alimentos se conocerá como el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda mención de Cupones para Alimentos se referirá a SNAP.

La Administración de Recursos Humanos (HRA) ha determinado que usted es un Adulto Sano sin Dependientes (ABAWD) porque está sujeto a los reglamentos de empleo del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y usted es:

- una persona entre las edades de 18 y 49 años;
- no está embarazada;
- no es padre u otro adulto miembro de un hogar del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) con un niño menor de 18 años de edad; y
- apto físicamente para trabajar según comprobante médico.

¿Qué tiene que hacer usted?

Como condición de elegibilidad del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), usted tiene que cumplir los requisitos citados abajo. El incumplimiento de estos requisitos sin causa válida puede resultar en la pérdida de beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) hasta que la elegibilidad sea establecida de nuevo. Como ABAWD, usted perderá la elegibilidad del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), si, por más de tres (3) meses en cada treinta y seis (36) meses usted no realiza uno de los siguientes:

- Trabajar (incluidos trabajo "a cambio de servicios" y trabajo voluntario) por un total de por lo menos 80 horas al mes. No existe ningún requisito de sueldo por ahora, pero el trabajo realizado no debe desacatar las leyes o reglas Estatales o Federales y/o reglamento(s).
- Participar en un programa de trabajo aprobado por la Administración de Recursos Humanos por lo menos 80 horas al mes.
- Cumplir con la asignación del Programa de Experiencia Laboral (WEP).

¿Cree usted que está exento(a) del estado de ABAWD?

Por favor comuníquese con su Centro de Cupones para Alimentos si cree que usted está exento de estos requisitos porque usted es:

- Una persona de 18 años o de 50 años de edad o mayor; o
- Un adulto de un hogar que recibe beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) con un niño menos de 18 años de edad; o
- Un proveedor de cuidado a personas incapacitadas; o
- Una mujer embarazada; o
- Una persona no apta física o mentalmente para desempeñar trabajo según comprobante médico; o
- Participa en algún tratamiento de droga/alcohol o programa de rehabilitación y que se determine que no esté en condiciones para trabajar; o
- Un beneficiario de Seguro de Desempleo (UIB), o solicitante de compensación de desempleo a quien se requiere se registre para trabajar como parte del proceso de solicitud; o
- Un(a) estudiante inscrito(a) por lo menos a tiempo parcial en cualquier centro educativo reconocido, programa de capacitación, o universidades, siempre que haya reunido los requisitos de elegibilidad para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP); o
- Un solicitante de SSI y el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) hasta que sea considerado elegible o inelegible para recibir SSI; o
- Está empleado o trabaja por cuenta propia un mínimo de 30 horas por semana o esté recibiendo un sueldo equivalente a la tasa del sueldo Estatal/Federal de 30 horas por semana.

¿Qué pasa si usted pierde su elegibilidad?

Si después de no cumplir los requisitos de ABAWD, usted pierde la elegibilidad para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), usted podría restablecer la elegibilidad cumpliendo los requisitos ABAWD dentro de 30 días después de presentar solicitud, o antes de la fecha de vigencia de la acción adversa, haciendo lo siguiente:

- Comprobando que usted participará en una actividad acreditable durante por lo menos 80 horas en un período de 30 días consecutivos (p.ej., comienzo de nuevo trabajo); o
- Participando en una búsqueda de trabajo de 30 días, seguida por actividades del Programa de Experiencia Laboral (Work Experience Program – WEP) según asignadas; o
- Trabajando o participando en una actividad de trabajo acreditable por lo menos 80 horas en un período de 30 días.

Posteriormente usted deberá seguir trabajando o participando en un programa de trabajo para poder seguir recibiendo beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

A petición suya, la HRA pondrá a su disposición una actividad de trabajo acreditable o una oportunidad de capacitación, de manera que usted pueda permanecer elegible para beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) más allá del límite de tres meses.

Si usted restablece elegibilidad para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) dentro de 30 días de cumplir los requisitos de ABAWD y posteriormente pierde su trabajo/asignación de trabajo, usted será elegible para recibir beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) por un período adicional de tres meses. Este período de "gracia" comienza el mes posterior al mes en que usted deje de trabajar o participar en un programa de trabajo.

SAMPLE

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Caseload: _____
Center: _____
FH&C Telephone: _____

**Notification of Application Withdrawal
(Cash Assistance, Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP]
and Medical Assistance)**

Note: Beginning August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

The Agency's decision(s) on your application dated _____ is/are explained below, next to the checked box(es) .

Cash Assistance

You have withdrawn your application for Cash Assistance.

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

You have withdrawn your application for Supplemental Nutrition Assistance Program.

Medical Assistance

You have withdrawn your application for Medical Assistance.

SAMPLE

If you withdraw your application for Cash Assistance, Supplemental Nutrition Assistance Program, or Medical Assistance, you may reapply at any time for any program.

Your Right to a Fair Hearing

You have a right to a Fair Hearing even if you have agreed in writing that your application should be withdrawn but you feel that you were given incorrect or incomplete information about your eligibility for the covered program or service. See regulation 18 NYCRR § 358-3.1 (b) (1).

If your situation is extremely serious, please explain your situation; the State will attempt to process your request for a Fair Hearing as quickly as possible. If you call to request a Fair Hearing, please be prepared to explain your situation to the person who answers the phone.

Authorized by

Date

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

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

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

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, by 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:
14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201.

(5) ONLINE: Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/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.

If you have a disability, and cannot travel, you may appear through a representative, either a friend, relative or lawyer. If your representative is not a lawyer, or an employee of a lawyer, your representative must bring the hearing officer a written letter, signed.

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

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within ninety (90) days from the date of the notice for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) 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:

SAMPLE

Print Name: _____ Case Number: _____

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

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Unidad de Casos: _____
Núm. de Tel. de FH&C: _____

Aviso de Retiro de la Solicitud (Asistencia de Dinero en Efectivo, Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria [SNAP], y Asistencia Médica)

Nota: A partir del 29 de agosto, el Programa de Cupones para Alimentos se conocerá como el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda mención de Cupones para Alimentos se referirá a SNAP.

La(s) decisión(es) con respecto a su solicitud con fecha _____ se explica(n) más abajo, junto a la(s) casilla(s) marcada(s) .

Asistencia de Dinero en Efectivo

Usted ha retirado su solicitud de Asistencia de Dinero en Efectivo.

Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Usted ha retirado su solicitud del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria

Asistencia Médica

Usted ha retirado su solicitud de Asistencia Médica.

Si usted retira su solicitud de Asistencia en Efectivo, Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria o Asistencia Médica, puede volver a presentar su solicitud en cualquier momento para cualquiera de los programas.

Su Derecho a una Audiencia Imparcial

Usted tiene derecho a una Audiencia Imparcial aún si ha aceptado por escrito que su solicitud sea retirada, pero estima que le proporcionaron información incorrecta o incompleta sobre su elegibilidad respecto al programa o servicio cubierto. Vea la disposición reglamentaria 18 NYCRR § 358-3.1(b)(1).

Si su situación resulta extremadamente grave, favor de proporcionar detalles; el Estado intentará tramitar su solicitud de una Audiencia Imparcial lo más pronto posible. Si nos llama para pedir una Audiencia Imparcial, favor de estar listo para explicar su situación a la persona que conteste el teléfono. De igual forma explique su situación cuando escriba para solicitar una Audiencia Imparcial si lo decide e incluya una copia de este aviso.

Autorizado por

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS
Y AUDIENCIAS IMPARCIALES DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR 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 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 NY 11201.

(5) POR INTERNET: Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:
<http://www.otda.ny.gov/eah/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.

Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse, puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

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. 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

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 y/o asistencia médica y noventa (90) días para asuntos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria.

Si no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados (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:

[Empty box for explanation of appeal]

SAMPLE

Nombre en
Letras de Molde: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad Estado Código Postal

Firma: _____ Fecha: _____

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Notice of Denial of Expedited Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Inability to Issue Supplemental Nutrition Assistance Program Benefits

Note: Beginning August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

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

- We have determined your household is not eligible for Expedited Supplemental Nutrition Assistance Program service because:
 - You do not meet any of the following criteria for Expedited Supplemental Nutrition Assistance Program service:
 - Your household's total income for the month must be less than \$150 and total liquid resources must not exceed \$100; or
 - Your household's total expenses must be more than your total income and liquid resources; or
 - You are a destitute migrant or seasonal farm worker with no more than \$100 in liquid resources.
 - You failed to comply with an initial eligibility interview within seven days after filing of application.

Although you do not qualify for Expedited Supplemental Nutrition Assistance Program service, you may still be eligible for regular monthly Supplemental Nutrition Assistance Program benefits. A denial of Expedited Supplemental Nutrition Assistance Program service does not affect your eligibility for Supplemental Nutrition Assistance Program benefits. You will be notified in writing within 30 days of the date you filed your application about your eligibility.

- You will get regular Supplemental Nutrition Assistance Program benefits this month under Case Number _____.
- You are ineligible due to program rules:

The law(s) and/or regulation(s) allowing us to do this is/are: NYCRR § 387.8, § 387.9, § 387.14 and/or § 387.15.

- We have determined your household is eligible for Supplemental Nutrition Assistance Program benefits under the Expedited Supplemental Nutrition Assistance Program service criteria. However, these benefits cannot be issued at this time because your identity cannot be verified. Benefits will be released when your identity is verified.
- We have determined your household is eligible for Supplemental Nutrition Assistance Program benefits under the Expedited Supplemental Nutrition Assistance Program service criteria. However, the last time we gave you Supplemental Nutrition Assistance Program benefits was on an expedited basis, pending outstanding documentation, which you failed to submit. As a result, these benefits cannot be issued to you until you submit all the outstanding documentation. When we receive the outstanding documentation, we will use that to determine your Supplemental Nutrition Assistance Program benefit amount and your benefits will be released at that time.

The law(s) and/or regulation(s) allowing us to do this is/are: NYCRR § 387.8 (3) and 7CFR 273.2 (i)(iv).

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Aviso de Rechazo de Servicio Acelerado del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) o Incapacidad de Expedir Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria

Nota: A partir del 29 de agosto, el Programa de Cupones para Alimentos se conocerá como el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda mención de Cupones para Alimentos se referirá a SNAP.

La(s) decisión(es) de esta Agencia con respecto a su(s) solicitud(es) se explica(n) más abajo junto a la(s) caja(s) marcada(s) (☑).

Hemos determinado que su hogar no tiene derecho a recibir servicio Acelerado del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria porque:

Usted no cumple ninguno de los siguientes requisitos para servicio Acelerado del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria:

- El ingreso mensual total de su hogar tiene que ser menos de \$150 y sus recursos monetarios disponibles no deben sobrepasar los \$100; o
- El total de los gastos de su hogar tiene que ser más que su ingreso total y recursos líquidos; o
- Usted es un trabajador itinerante o agrícola temporal que no posee más de \$100 en recursos líquidos.

Usted no cumplió con la entrevista inicial de elegibilidad dentro de siete días tras haber presentado solicitud.

Aunque usted no cumple los requisitos para recibir servicio Acelerado del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria, puede que sí tenga derecho a beneficios normales y mensuales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria. El rechazo de servicio Acelerado no afecta su derecho a beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria. Se le notificará por escrito con respecto a su elegibilidad dentro de 30 días a partir de la fecha en que usted presentó su solicitud.

Usted recibirá beneficios normales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria este mes bajo el Núm. de Caso _____.

Usted es inelegible debido a las reglas del programa:

La(s) disposición(es) legal(es) y reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal forma es/son: 18NYCRR § 387.8, §387.9, § 387.14 and/or § 387.15.

Hemos determinado que su hogar cumple los requisitos para el Servicio Acelerado del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria. Sin embargo, actualmente estos beneficios no se pueden expedir porque su identidad aún no ha sido comprobada. Una vez se compruebe su identidad, los beneficios serán expedidos.

Hemos determinado que su hogar cumple los requisitos para el servicio Acelerado del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria. Sin embargo, en el último servicio Acelerado del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria, usted no presentó la documentación solicitada. Por consiguiente, los beneficios en cuestión no pueden expedirse hasta que usted presente dicha documentación. Al recibirla, esta documentación nos servirá para determinar la cantidad de beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria que le corresponde. Luego procederemos a expedir dichos beneficios.

La(s) disposición(es) legal(es) y reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal forma es/son: 18NYCRR § 387.8 (3) and 7CFR 273.2 (i)(iv).

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Telephone: _____
Job Center/
NCA FS Center: _____

Request for Contact on a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Application

(To be used when a Supplemental Nutrition Assistance Program application is mailed or faxed, or when it is dropped off in person and Expedited Supplemental Nutrition Assistance Program screening is not conducted.)

Note: Beginning August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

We received your application for Cash Assistance/Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) on _____ Date: _____

We received your application for Supplemental Nutrition Assistance Program benefits only on _____ Date: _____

We have scheduled an in-office initial eligibility interview for you:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Location Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

We have scheduled a telephone initial eligibility interview for you:

Telephone Interview Date: _____ between: _____ and _____

Telephone number that we will contact you at: _____

We have also enclosed the Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**). The eligibility factors that must be verified as a condition of eligibility have been checked. If you are scheduled for an in-office interview and have any or all of the documents required to verify the checked eligibility factors, please bring them with you when you report to the in-office interview. If you have been determined to be eligible for Expedited Supplemental Nutrition Assistance Program processing or think you may be eligible, please ensure that at the very least you bring proof of identity with you.

The Supplemental Nutrition Assistance Program in-office interview may be waived in hardship situations. Hardships generally include, but are not limited to, illness, transportation difficulties, care of a household member, prolonged severe weather, or work or training hours that prevent you from coming during regular office hours.

If you cannot keep the in-office interview because of a scheduling conflict, or you are homebound or are experiencing a hardship, please call us at: _____. If you are unavailable for a telephone interview on the date and time that has been scheduled for you, please call us at: _____.

Failure to keep an initial eligibility interview without good cause can result in the denial of your application.

At this time and based on the information provided on your application, we have determined the following:

- We have found you eligible for Expedited Supplemental Nutrition Assistance Program service. At the time of your initial interview, if you are determined eligible for Supplemental Nutrition Assistance Program benefits, you will be issued benefits within five (5) calendar days of your application filing date.
- We have determined your household to be ineligible for Expedited Supplemental Nutrition Assistance Program service.
- You did not provide enough information to determine eligibility for Expedited Supplemental Nutrition Assistance Program service. However, at the time of your initial interview, we will evaluate your household for Expedited Supplemental Nutrition Assistance Program service. If you are found to be eligible for expedited service and are also eligible for Supplemental Nutrition Assistance Program benefits, you will be issued benefits within five (5) calendar days of your initial interview.

Enclosure: Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**)

SAMPLE

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Teléfono: _____
Centro de Trabajo/
Centro de NCA FS: _____

Aviso de Entrevista Respecto a una Solicitud del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

(Usar con solicitudes de SNAP recibidas por correo o por fax, o entregadas en persona en el caso que no se haya realizado preselección acelerada.)

Nota: A partir del 29 de agosto, el Programa de Cupones para Alimentos se conocerá como el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda mención de Cupones para Alimentos se referirá a SNAP.

Recibimos su solicitud de asistencia en efectivo/Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) el _____
Fecha

Recibimos su solicitud de sólo el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria el _____
Fecha

Le hemos programado una entrevista preliminar de elegibilidad en persona :

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____

Local: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Le hemos programado una entrevista preliminar de elegibilidad por teléfono:

Fecha de la entrevista por teléfono: _____ entre: _____ y _____

Número de teléfono al que lo vamos a llamar: _____

Además hemos incluido el formulario Factores de Elegibilidad y Guía de Documentación Sugerida (**W-119D [S]**). Los factores que deben verificarse como condición de elegibilidad han sido marcados. Si usted está programado(a) para una entrevista en persona y tiene uno o todos los documentos requeridos para verificar los factores de elegibilidad que se han marcado, por favor tráigalos cuando se presente a su entrevista en persona, tal como se indica más arriba. Si se determina que usted es elegible para el trámite Acelerado del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria o si usted considera que puede ser elegible, asegúrese de por lo menos traer con usted prueba de identidad.

Es posible que la entrevista en persona del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria no sea necesaria si usted tiene una situación de extrema dificultad. Generalmente las situaciones de extrema dificultad incluyen, pero se limitan a, enfermedad, problemas de transporte, cuidado de un miembro del hogar, tiempo inicamente prolongado, o asistencia al trabajo o a capacitación durante horas laborables.

Si no puede acudir a la entrevista en la oficina por un conflicto de horario, o porque usted está confinado(a) al hogar o por una dificultad extrema, por favor llame al: _____ . Si no esta disponible para la fecha y hora que se le ha programado, Favor de llamarnos al: _____ .

El no acudir a la entrevista preliminar de elegibilidad sin motivo justificado puede resultar en el rechazo de su solicitud.

De acuerdo con la información incluida en su solicitud, se ha determinado en esta ocasión lo siguiente:

- Hemos determinado que usted es elegible para el trámite Acelerado del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria. Si durante su entrevista preliminar se determina que usted es elegible para beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria, se le emitirán beneficios dentro de cinco (5) días laborables de la fecha de presentación de su solicitud.
- Hemos determinado que su hogar no es elegible para el trámite Acelerado del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria.
- Usted no proporcionó suficientes datos para determinar su elegibilidad para el trámite Acelerado del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria, sin embargo, cuando usted se presente para su entrevista preliminar, evaluaremos si su hogar tiene derecho a dicho trámite. Si resulta elegible para el trámite acelerado y también para los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria, se le emitirán beneficios dentro de cinco (5) días laborables de la fecha de su entrevista preliminar.

Adjunto: Factores de Elegibilidad y Guía de Documentación Sugerida (W-119D | S)

SAMPLE

Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide

Note 1: Beginning August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

Eligibility Factor	To prove this factor, provide: ONE of the following ↓ OR	TWO* of the following:
<input type="checkbox"/> Identity You must establish identity for each person listed.	<ul style="list-style-type: none"> • Photo I.D. • Driver's license • U.S. passport • Naturalization certificate • Hospital/Doctor's records • Adoption papers 	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from another person • Birth/baptismal certificate • Validated Social Security Number (SSN)
<input type="checkbox"/> Marital Status You must prove if you are married, divorced, separated or widowed (not required for the Supplemental Nutrition Assistance Program).	<ul style="list-style-type: none"> • Marriage/Death certificates • Separation agreement • Divorce decree • Social Security records • Veterans Administration (VA) records 	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from clergy • Census records • Newspaper notice • Statement from another person
<input type="checkbox"/> Relationship If you are related to a child in the household, you must prove the relationship.	<ul style="list-style-type: none"> • Birth certificate (long form) • Adoption papers/records • Court records • Medical records 	<ul style="list-style-type: none"> • Applicant's statement • Newspaper notice • Statement from clergy • Statement from another person
<input type="checkbox"/> Residence You must verify your place of residence (if applicable).	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from landlord/primary tenant • Current rent receipt or lease • Mortgage records 	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from another person • Current mail • School records
<input type="checkbox"/> Household Composition/Size You must prove who is living with you.	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from nonrelative landlord • School records 	<ul style="list-style-type: none"> • Statements from other persons
<input type="checkbox"/> Age You must prove the age of each person applying for assistance, where appropriate.	<ul style="list-style-type: none"> • Birth certificate • Baptismal records/certificate • Hospital records • Adoption papers/records • Naturalization certificate • Driver's license 	<ul style="list-style-type: none"> • Insurance policy • Census records • School records • Statement from another person • Physician statement • Official correspondence from Social Security Administration (SSA)
<input type="checkbox"/> Absence/Death of Parent(s) If the parent(s) of any child in your home is not living with you, you must prove this (not required for the Supplemental Nutrition Assistance Program).	<ul style="list-style-type: none"> • Death certificate • Survivor's benefit records • Hospital records • VA or military records • Divorce papers • Proof of remarriage 	<ul style="list-style-type: none"> • Newspaper notice • Insurance company records • Institutional records • Agency case records and burial payment files • Statement from another person
<input type="checkbox"/> Absent Parent Information If the parent(s) of any child in your home is not living with you, you must provide information you have about the individual's: name, address, SSN, birth date, and employment (not required for the Supplemental Nutrition Assistance Program).	<ul style="list-style-type: none"> • Pay stubs • Tax returns • Social Security or VA records • Monetary determination letters • ID cards (health insurance) • Driver's license or registration 	NA
<input type="checkbox"/> Social Security Number For Temporary Assistance, the Supplemental Nutrition Assistance Program benefits and Medical Assistance only , you do not have to provide proof of your SSN unless the SSN you give does not match the SSA's records or cannot be verified by the Agency.	<ul style="list-style-type: none"> • Social Security card • Official correspondence from SSA <p>A Social Security number is not required for aliens who are seeking Medical Assistance for emergency treatment only or are Medical Assistance – only applicants who are pregnant.</p>	NA

*If you are applying for the Supplemental Nutrition Assistance Program benefits or Medical Assistance **only**, you need to bring **one form for each Eligibility Factor checked**.

Note 2: For the Supplemental Nutrition Assistance Program, copies of documents are acceptable whenever proof of eligibility is presented. For Cash Assistance (CA) and Medical Assistance (MA), original documents are needed to verify identity and citizenship/alien status. Copies of documents for all Eligibility Factors other than identity and citizenship/alien status are acceptable.

Eligibility Factor	To prove this factor, provide ONE of the following:
<input type="checkbox"/> Citizenship or Current Alien Status Status – U.S. citizens are eligible for Temporary Assistance, the Supplemental Nutrition Assistance Program and medical assistance. Aliens must be in satisfactory immigration status in order to be eligible for Temporary Assistance, the Supplemental Nutrition Assistance Program and medical assistance. Immigration status is not an eligibility factor for pregnant women or immigrant children applying for Child Health Plus B. Undocumented immigrants and temporary nonimmigrants are eligible only for the treatment of an emergency medical condition.	<ul style="list-style-type: none"> • Birth certificate • Baptismal certificate/records • Hospital records • U.S. passport • Military service records • Naturalization certificate • USCIS documentation • Evidence of continuous U.S. residence since prior to 1/1/72
<input type="checkbox"/> Earned Income <input type="checkbox"/> From employer <input type="checkbox"/> From self-employment <input type="checkbox"/> Income from rent or room/board	<ul style="list-style-type: none"> • Current wage stubs and statements of tips • Pay envelopes • Contact with employer • On letterhead, rate of pay per hour, hours worked per week, first pay date, if new and employer's phone number • Business records • Tax records • Records and related materials concerning self-employment earnings and expenses • Current income tax return • Current contribution check • Statement from roomer, boarder, tenant • Income tax record
<input type="checkbox"/> Unearned Income <input type="checkbox"/> Child Support <input type="checkbox"/> Unemployment Insurance Benefits (UIB) <input type="checkbox"/> Social Security benefits (including SSI) <input type="checkbox"/> Veteran's benefits <input type="checkbox"/> Worker's Compensation <input type="checkbox"/> Education grants and loans <input type="checkbox"/> Interest/dividends/royalties <input type="checkbox"/> Private pension/annuity	<div style="text-align: center; font-size: 4em; color: blue; opacity: 0.5; font-family: sans-serif;">SAMPLE</div> <ul style="list-style-type: none"> • Statement from Family Court • Statement from person paying support • Check stubs • Official correspondence from the Child Support Enforcement Unit • Current award certificate • Official correspondence with New York State Department of Labor • Current award certificate/letter • Current benefit check • Official correspondence from SSA • Veterans Administration official correspondence • Current award certificate/letter • Current benefit check • Award certificate/letter • Check stub • Statement from school • Statement from bank • Statement from agency administering grant/award letter • Statement from bank or credit union • Statement from broker/financial institution/agent • Current award letter • Current benefit check • Official correspondence from source of income • Contact with source of income • Current contribution check

Note 2: For the Supplemental Nutrition Assistance Program, copies of documents are acceptable whenever proof of eligibility is presented. For Cash Assistance (CA) and Medical Assistance (MA), original documents are needed to verify identity and citizenship/alien status. Copies of documents for all Eligibility Factors other than identity and citizenship/alien status are acceptable.

Eligibility Factor	To prove this factor, provide ONE of the following:
<p>Unearned Income continued</p> <p><input type="checkbox"/> Other unearned income</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p><input type="checkbox"/> Resources (For Medical Assistance only, resource information is not requested from pregnant women, children under the age of 19 and persons eligible for Family Health Plus.)</p> <p><input type="checkbox"/> Bank Accounts: Checking, savings, retirement (IRA and Keogh), credit union</p> <p><input type="checkbox"/> Stocks, bonds, certificates and mutual funds</p> <p><input type="checkbox"/> Life insurance</p> <p><input type="checkbox"/> Burial trust or fund, burial plot or funeral agreement</p> <p><input type="checkbox"/> Income tax refund or Earned Income Tax Credit (EITC)</p> <p><input type="checkbox"/> Real estate other than residence</p> <p><input type="checkbox"/> Motor vehicle</p> <p><input type="checkbox"/> Lump sum payment</p> <p><input type="checkbox"/> Other resources</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from household • Statement from nursing home <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Current bank records • Current credit card records <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Stock/bond certificate • Statement from financial institution <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Insurance policy • Statement from insurance company <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Bank records • Burial agreement • Burial plot deed • Statement from funeral director <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Refund of EITC check • Statement from tax office <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Deed • Statement from real estate broker • Broker's appraisal/estimate of current value by broker <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Registration (older models) • Title of ownership • Appraisal of current value by dealer • Financing data <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Statement from the source of payment • Lump sum check <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Household statement of current value • Sales slips • Insurance appraisal
<p><input type="checkbox"/> Shelter Expenses</p> <p>You must prove how much it costs you to live where you do. (You may need to provide separate documentation for each item of shelter expense.)</p> <p>Medical Assistance does not require documentation of shelter expenses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Current rent receipt/lease/mortgage book/records • Property and school tax records • Landlord statement • Sewer and water bills • Garbage/trash collection bills or receipts • Homeowner's insurance records • Fuel bills/shut-off notice • Nonheating utility bills • Telephone bills (or a statement from the household that the expense is incurred)
<p><input type="checkbox"/> Medical Expenses</p> <p>For SNAP, for aged/disabled individuals only</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from provider of health insurance premiums • Copies of medical bills (paid and unpaid) • Medicare prescription drug card

SAMPLE

Note 2: For the Supplemental Nutrition Assistance Program, copies of documents are acceptable whenever proof of eligibility is presented. For Cash Assistance (CA) and Medical Assistance (MA), original documents are needed to verify identity and citizenship/alien status. Copies of documents for all Eligibility Factors other than identity and citizenship/alien status are acceptable.

Eligibility Factor	To prove this factor, provide ONE of the following:
<input type="checkbox"/> Health Insurance If you or anyone applying has health insurance coverage (even if paid for by someone else), you must prove this.	<ul style="list-style-type: none"> • Insurance policy/card • Statement from provider of coverage • Medicare card • Separation or divorce agreement with court-ordered health coverage
<input type="checkbox"/> Disabled/Incapacitated/Pregnant If you or anyone living with you is sick or pregnant, you must provide proof. (For MA only, resource information is not requested from pregnant women, children and persons eligible for Family Health Plus).	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from doctor, clinic or hospital verifying pregnancy, expected date of birth • Statement from medical professional • Proof of SSA/SSI benefits for disability/blindness
<input type="checkbox"/> Unpaid Bills Rent, utility	<ul style="list-style-type: none"> • Copy of each bill showing amount owed, period of services and provider
<input type="checkbox"/> Referral Drug/alcohol treatment program <input type="checkbox"/> Employment service	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from provider of treatment • Statement from employment service
<input type="checkbox"/> Other Expenses/Dependent Care Cost You must provide proof if you pay court-ordered support, child care, recurring loans or for the services of a home health aide or attendant.	<ul style="list-style-type: none"> • Court order • Statement from day care center or other child care provider • Statement from aide or attendant • Canceled checks or receipts
<input type="checkbox"/> School Attendance You must prove who is in school.	<ul style="list-style-type: none"> • School records (current report card) • Statement from school or higher education institution
<input type="checkbox"/> Past Management (For Safety Net Assistance) <input type="checkbox"/> Earned Income <input type="checkbox"/> Other (For cash assistance only)	<ul style="list-style-type: none"> • Letter from employer giving dates of employment, amount earned and reason(s) for leaving <p>If you were not supporting yourself from employment/earned income, please bring verification of how you were able to support yourself in the past such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bankbook/bank statement • Verification of expiration of benefits (workers' compensation, disability, Social Security, UIB, etc.) • Statement from person(s) who provided support
<input type="checkbox"/> Potential Benefits	Statement from person(s) who provided support <ul style="list-style-type: none"> • If you or anyone in the household has applied for and been denied or has been accepted for benefits from any of the following sources, bring the award letter, check or other correspondence: Social Security, court payments, SSI, veteran's benefits, workers' compensation, union benefits, pension, military allotment, railroad retirement, NYS disability or other source
<input type="checkbox"/> Other	

Note 2: For the Supplemental Nutrition Assistance Program, copies of documents are acceptable whenever proof of eligibility is presented. For Cash Assistance (CA) and Medical Assistance (MA), original documents are needed to verify identity and citizenship/alien status. Copies of documents for all Eligibility Factors other than identity and citizenship/alien status are acceptable.

Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida

Nota: A partir del 29 de agosto, el Programa de Cupones para Alimentos se conocerá como el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda mención de Cupones para Alimentos se referirá a SNAP.

Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea: UNO de los siguientes ↓ O	DOS* de los siguientes:
<input type="checkbox"/> Identidad Usted tiene que establecer la identidad de cada persona listada.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación con foto • Licencia de conducir • Pasaporte de EE.UU. • Certificado de Naturalización • Expedientes Hospitalarios/Médicos • Documentos de adopción 	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte de otra persona • Acta de nacimiento/ bautismo • Número de Seguro Social con validación
<input type="checkbox"/> Estado Civil Usted tiene que probar si está casado(a), divorciado(a), separado(a), o enviudado(a). (No se requiere para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental)	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de Defunción/Matrimonio • Acuerdo de separación • Sentencia de divorcio • Registros de Seguro Social • Registros de la Administración de Veteranos (VA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte de un clérigo • Expedientes del censo • Anuncio del periódico • Declaración por parte de otra persona
<input type="checkbox"/> Parentesco Si usted es familiar de un niño en el hogar, tiene que probar el parentesco.	<ul style="list-style-type: none"> • Acta de nacimiento (versión larga) • Documentos/registros de adopción • Actas judiciales • Expedientes médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración del solicitante • Anuncio del periódico • Declaración de un clérigo • Declaración por parte de otra persona
<input type="checkbox"/> Domicilio Usted tiene que comprobar su domicilio (si corresponde).	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración del casero/inquilino principal • Recibo actual de alquiler o contrato del mismo • Documentos hipotecarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte de otra persona • Correspondencia actual • Expedientes escolares
<input type="checkbox"/> Miembros/Tamaño del Hogar Usted tiene que probar quién está viviendo con usted.	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración del casero que no es pariente • Expedientes escolares 	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte de otras personas
<input type="checkbox"/> Edad Usted tiene que probar la edad de cada persona que solicite asistencia, cuando corresponda.	<ul style="list-style-type: none"> • Acta de nacimiento • Certificado/documentos de bautismo • Expedientes hospitalarios • Documentos/registros de adopción • Certificado de naturalización • Licencia de conducir 	<ul style="list-style-type: none"> • Póliza de seguro • Expedientes del censo • Expedientes escolares • Declaración por parte de otra persona • Declaración de médico • Correspondencia oficial por parte de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration-SSA)
<input type="checkbox"/> Ausencia/Muerte del Padre o de la Madre Si el padre o la madre o ambos de cualquier niño(a) en su hogar no vive con usted, tiene que probarlo. (No se requiere para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental)	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de defunción • Expedientes de beneficios de sobrevivientes • Expedientes hospitalarios • Expedientes militares o de la Administración de Veteranos (VA) • Documentos de divorcio • Prueba de nuevo matrimonio 	<ul style="list-style-type: none"> • Anuncio del periódico • Expedientes de la compañía de seguros • Expedientes institucionales • Expedientes de caso de la Agencia y de pagos de entierro • Declaración por parte de otra personal
<input type="checkbox"/> Información Respecto al Padre o Madre Ausente Si el padre o la madre de cualquier niño(a) en su hogar no vive con usted, usted tendrá que proporcionar la información que tenga acerca de esas personas: nombre, dirección, número de Seguro Social, fecha de nacimiento, empleo. (No se requiere para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental)	<ul style="list-style-type: none"> • Talones de paga • Declaración de impuestos • Documentos de Seguro Social o de la Administración de Veteranos (Veteran's Administration - VA) • Cartas de determinación monetaria • Tarjetas de Identificación (seguro médico) • Licencia de conducir o matrícula 	No corresponde
<input type="checkbox"/> Número de Seguro Social Para Asistencia Temporal, el Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental y sólo Asistencia Médica, usted no tiene que proporcionar prueba de su Número de Seguro Social, a menos que el Número de Seguro Social que proporcione no corresponda con los expedientes de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration - SSA) o no pueda ser verificado por la agencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de Seguro Social • Correspondencia oficial de parte de la SSA <p>El número de Seguro Social no se requiere a extranjeros que soliciten Asistencia Médica sólo para emergencia o sean solicitantes embarazadas de sólo Asistencia Médica.</p>	No corresponde

* Si usted está solicitando **sólo** beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental o Asistencia Médica, tiene que traer **sólo un documento para cada Factor de Elegibilidad marcado**.

Nota 2: Se pueden aceptar fotocopias de documentos para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental, siempre y cuando se presente prueba de elegibilidad. Para Asistencia en Efectivo y Asistencia Médica, los documentos usados para comprobar la identidad y el estado de ciudadanía/extranjero tienen que ser originales. Fotocopias de documentos son aceptadas para todos los otros Factores de Elegibilidad, con la excepción de identidad y del estado de ciudadanía/extranjero.

Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea UNO de los siguientes:
<input type="checkbox"/> Ciudadanía o Estado Actual de Extranjero Estado – Los ciudadanos de EE.UU. tienen derecho a Asistencia Temporal, el Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental, y asistencia médica. Los extranjeros deben tener un estado satisfactorio de inmigrante para ser elegible para Asistencia Temporal, el Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental y asistencia médica. El estado migratorio no se toma en cuenta en casos de mujeres embarazadas o niños inmigrantes que estén solicitando Child Health Plus B. Los inmigrantes indocumentados y los no inmigrantes temporarios sólo tienen derecho a tratamiento en casos de emergencias médicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Acta de nacimiento • Certificado/documentos de bautismo • Expedientes hospitalarios • Pasaporte de EE.UU. • Expedientes de servicio militar • Certificado de naturalización • Documentación de USCIS • Prueba de residencia continua en EE.UU. desde antes de 1/1/72
<input type="checkbox"/> Ingreso Salarial <input type="checkbox"/> De parte del empleador <input type="checkbox"/> De empleo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Ingresos de alquiler o por servicios a huéspedes	<ul style="list-style-type: none"> • Talones salariales actuales y declaración de propinas • Sobres de paga • Contacto con el empleador • En carta con membrete, paga por hora; número de horas trabajadas por semana; fecha del primer pago, si el trabajo es nuevo; y número de teléfono del empleador • Registros comerciales • Expedientes de impuestos • Toda documentación o material relacionado con las ganancias y gastos de trabajo por cuenta propia • Declaración actual de impuestos • Cheque de contribución actual • Declaración del inquilino o huésped • Expedientes de impuestos
<input type="checkbox"/> Ingreso No Salarial <input type="checkbox"/> Manutención de Niños <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro de Desempleo (Unemployment Insurance Benefits – UIB) <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social (incluyendo SSI) <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos <input type="checkbox"/> Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Subsidios y Préstamos Educativos <input type="checkbox"/> Intereses/Dividendos/Regalías <input type="checkbox"/> Pensión/Anualidad Privada <input type="checkbox"/> Otros Ingresos no Salariales <hr/>	<div style="text-align: center; font-size: 4em; color: blue; opacity: 0.5; font-family: sans-serif;">SAMPLE</div> <ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte del Tribunal Familiar • Declaración por parte de la persona que proporciona manutención • Talones de paga • Correspondencia oficial de parte de Unidad de Aplicación de Manutención de Niños • Certificado de asignación actual • Correspondencia oficial del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York • Certificado/carta de asignación actual • Cheque de beneficios actuales • Correspondencia oficial de parte de SSA • Correspondencia oficial de la Administración de Veteranos • Carta/certificado de asignación actual • Cheque de beneficio actual • Carta/certificado de asignación actual • Talón de paga • Declaración por parte de la escuela • Declaración por parte del banco • Declaración de la agencia que administra subsidio/carta de beneficio • Declaración del banco o cooperativa • Declaración del corredor de bolsa/institución financiera • Carta de beneficio actual • Cheque de beneficio actual • Correspondencia oficial por parte de la fuente de ingreso • Contacto con la fuente de ingreso • Cheque de contribución actual <hr/>

Nota 2: Se pueden aceptar fotocopias de documentos para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental, siempre y cuando se presente prueba de elegibilidad. Para Asistencia en Efectivo y Asistencia Médica, los documentos usados para comprobar la identidad y el estado de ciudadanía/extranjero tienen que ser originales. Fotocopias de documentos son aceptadas para todos los otros Factores de Elegibilidad, con la excepción de identidad y del estado de ciudadanía/extranjero.

Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea UNO de los siguientes:
<p><input type="checkbox"/> Recursos (Para sólo Asistencia Médica, información respecto a recursos no se requiere para embarazadas, niños menores de 19 años de edad y personas elegibles para Family Health Plus.)</p> <p><input type="checkbox"/> Cuentas bancarias: Corriente, de Ahorros, Retiro (IRA y Keogh), Cooperativa de Crédito</p> <p><input type="checkbox"/> Acciones, Bonos, Certificados y Fondos de Inversión</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de Vida</p> <p><input type="checkbox"/> Fideicomiso o Fondo de Entierro, Terreno de Entierro o Acuerdo Funerario</p> <p><input type="checkbox"/> Reembolso o Crédito de Impuestos (Earned Income Tax Credit – EITC)</p> <p><input type="checkbox"/> Bienes Raíces aparte del Domicilio</p> <p><input type="checkbox"/> Vehículo Motor</p> <p><input type="checkbox"/> Pago de Suma Total</p> <p><input type="checkbox"/> Otros Recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte del hogar • Declaración por parte del hogar para ancianos <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Registros bancarios actuales • Registros actuales de cooperativa de crédito <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Certificado de acciones/bonos • Declaración de institución financiera <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Póliza de seguro • Declaración de la compañía de seguros <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Expedientes bancarios • Acuerdo de entierro • Escritura de terreno de entierro • Declaración del director funerario <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Cheque de reembolso o EITC • Declaración de la agencia de impuestos <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Escritura • Declaración del agente de bienes Raíces • Tasación/estimación del valor actual por parte del agente <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Matrícula (modelos viejos) • Título • Tasación de valor actual del distribuidor • Datos de financiamiento <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Declaración de la fuente de pago • Cheque de pago total <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Declaración del hogar de valor actual • Recibos de ventas • Tasación del seguro
<p><input type="checkbox"/> Gastos de Alojamiento Usted tiene que probar cuánto le cuesta vivir en su domicilio. (Puede ser que tenga que proporcionar documentación por separado para cada partida de los gastos de alojamiento.) La Asistencia Médica no requiere documentación de gastos de alojamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recibo/contrato de alquiler/documentos hipotecarios actuales • Registros de propiedad y registros de Impuestos escolares • Declaración del casero • Cuentas de alcantarilla y de agua • Recibos o cuentas de recogida de basura • Expedientes de seguro de propietario o vivienda • Facturas de combustible/aviso de desconexión • Facturas de electricidad y/o gas no usados para calefacción • Cuentas de teléfono (o una declaración del hogar respecto al gasto incurrido)
<p><input type="checkbox"/> Gastos Médicos Para SNAP, sólo para ancianos/incapacitados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte de quien paga cuotas de gastos médicos • Copias de cuentas médicas (pagadas o por pagar) • Tarjeta para recetas de Medicare
<p><input type="checkbox"/> Seguro Médico Si usted o cualquier otro solicitante tiene cobertura médica (aún si pagada por otra persona), tiene que probarlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta/póliza de seguros • Declaración por parte de quien provee cobertura • Tarjeta para recetas de Medicare • Acuerdo de separación o divorcio con cobertura médica por decreto judicial
<p><input type="checkbox"/> Incapacitado(a)/Embarazada Si usted o cualquier persona que viva con usted está enfermo(a) o embarazada, tiene que proporcionar prueba de ello. (Sólo para MA, no se requiere información sobre recursos por parte de mujeres embarazadas, niños y personas elegibles para Family Health Plus)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración del médico, clínica u hospital que compruebe embarazo, fecha de nacimiento proyectada • Declaración de profesional médico • Prueba de SSA/SSI por incapacidad/ceguera

Nota 2: Se pueden aceptar fotocopias de documentos para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental, siempre y cuando se presente prueba de elegibilidad. Para Asistencia en Efectivo y Asistencia Médica, los documentos usados para comprobar la identidad y el estado de ciudadanía/extranjero tienen que ser originales. Fotocopias de documentos son aceptadas para todos los otros Factores de Elegibilidad, con la excepción de identidad y del estado de ciudadanía/extranjero.

Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea UNO de los siguientes:
<input type="checkbox"/> Cuentas por Pagar Alquiler, servicios de electricidad y/o gas	<ul style="list-style-type: none"> Copia de cada cuenta en que figure la cantidad que debe, período de servicio y proveedor del mismo
<input type="checkbox"/> Envío Programa de Tratamiento de Drogadicción/Alcoholismo <input type="checkbox"/> Servicio de Empleo	<ul style="list-style-type: none"> Declaración por parte del proveedor de Tratamiento Declaración por parte del servicio de empleo
<input type="checkbox"/> Otros Gastos/Costo del Cuidado de Dependientes Si usted paga manutención de niños por decreto judicial, cuidado infantil, deudas recurrentes, o para los servicios de un ayudante de salud doméstico, tiene que proporcionar prueba de dichos pagos.	<ul style="list-style-type: none"> Decreto judicial Declaración por parte de la guardería de niños u otro proveedor de cuidado Declaración por parte del ayudante de salud Cheques o recibos cancelados
<input type="checkbox"/> Asistencia Escolar Usted tiene que probar quién asiste a la escuela	<ul style="list-style-type: none"> Registros escolares (libreta de notas actual) La declaración por parte de la escuela o universidad
<input type="checkbox"/> Administración Previa (Para Asistencia Red de Seguridad [Safety Net Assistance]) <input type="checkbox"/> Ingreso salarial <input type="checkbox"/> Otro (Sólo para Asistencia en Efectivo)	<ul style="list-style-type: none"> Carta por parte del empleador con fechas de empleo, sueldo y razón(es) por haber dejado el trabajo <p>Si usted no se estaba manteniendo con empleo/ingreso salarial, favor de traer comprobantes de cómo pudo mantenerse en el pasado, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Talón/estado de cuenta Comprobante de vencimiento de Beneficios (compensación de trabajadores, seguro de incapacitados, Seguro Social, UIB, etc.) Declaración por parte de persona(s) que brindaba(n) apoyo económico
<input type="checkbox"/> Posibles Beneficios	<p>Declaración por parte de la(s) persona(s) que brindaba(n) apoyo económico</p> <ul style="list-style-type: none"> Si usted o alguien en el hogar ha solicitado y ha recibido o se le ha negado beneficios de cualquiera de las fuentes a continuación, traiga la carta de asignación, cheque u otra correspondencia: Seguro Social, pagos del tribunal, SSI, beneficios de veteranos, compensación laboral, beneficios de sindicato, pensión, asignación militar, retiro ferroviario, beneficios para incapacitados del estado de Nueva York u otra fuente
<input type="checkbox"/> Otro	

Nota 2: Se pueden aceptar fotocopias de documentos para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental, siempre y cuando se presente prueba de elegibilidad. Para Asistencia en Efectivo y Asistencia Médica, los documentos usados para comprobar la identidad y el estado de ciudadanía/extranjero tienen que ser originales. Fotocopias de documentos son aceptadas para todos los otros Factores de Elegibilidad, con la excepción de identidad y del estado de ciudadanía/extranjero.

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Date SNAP Filed: _____

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Eligibility Interview Telephone Appointment Notice

NOTE: Beginning August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

You filed an application for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits on _____. Since your household is eligible for the Working Families Supplemental Nutrition Assistance Program Initiative (WFSNAPI), we have scheduled a telephone interview for you at the number you have provided on the date and time listed below.

Telephone Interview Date: _____ between: _____ and _____

Telephone number that we will contact you at: _____.

If you are unavailable for a telephone interview at the above listed date, time or telephone number, please call _____ at least one day before your appointment.

To receive Supplemental Nutrition Assistance Program benefits on an ongoing basis you must verify the identity, citizenship or current alien status, income, and residence of all individuals included on your application.

Note: We will not deny your application for failure to produce any document which you are unable to provide. You may send us alternative documents to establish your eligibility for assistance. Our staff will help you as much as they can by writing for documents and making phone calls, or by verifying information provided by means other than the documentation submitted.

We have included with this notice the Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**), which lists some of the more common documents that can be used to verify each of the applicable eligibility factors.

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Fecha de Solicitud de SNAP: _____

Aviso de Cita de Entrevista por Teléfono para Elegibilidad del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Nota: A partir del 29 de agosto, el Programa de Cupones para Alimentos se conocerá como el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda mención de Cupones para Alimentos se referirá a SNAP.

Usted presentó una solicitud del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) el _____. Ya que su hogar es elegible para la Iniciativa del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria para Familias que Trabajan (WFSNAP), le hemos programado una entrevista por teléfono en la fecha y a la hora indicada más abajo.

Fecha de entrevista por teléfono _____ entre: _____ y _____

Número de teléfono donde le llamaremos: _____

Si usted no va estar disponible en la fecha, a la hora o al número de teléfono indicada más arriba, favor de llamarnos al _____ por lo menos un día antes de su cita.

Para recibir beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria continuamente, tiene que comprobar su identidad, ciudadanía o estado actual de extranjero, ingresos y el domicilio de todas las personas que están incluidas en su solicitud.

Nota: Su solicitud no será negada por falta de presentar aquellos documentos que usted no pueda proporcionar. Usted puede mandarnos documentos alternativos que puedan ayudar a comprobar su elegibilidad para asistencia. Nuestro personal le ayudará en todo lo posible, enviando correspondencia para obtener documentos y haciendo llamadas telefónicas o por verificando información que usted proporcione aparte de documentación que ya fue presentada.

Hemos incluido con este aviso la Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida [W-119D (S)]. Esta guía incluye una lista de los documentos más comunes que se pueden usar para comprobar cada uno de los factores de elegibilidad.

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center Name/Number: _____

Telephone Number: _____

Fax Number: _____

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Recertification Notice (F61)

Note: Beginning August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

Under Supplemental Nutrition Assistance Program rules, your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits will expire on _____. If you wish to continue to receive Supplemental Nutrition Assistance Program benefits, you must file a new application before your expiration date.

- Due to your current homebound status, your application will be processed by mail.
- If you are a resident of a group home and have a New York State Resource Agent, the Agent will file an application on your behalf. If your Agent files the application on your behalf, this notice will be for information only. If you do not have a Resource Agent, either you or your authorized representative must complete, sign and return the enclosed Application/Recertification (**LDSS-4826**). We have also enclosed the Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**) which explains the documentation requirements.

We must receive your application form by _____, to ensure that you receive uninterrupted Supplemental Nutrition Assistance Program benefits. The application should be as complete as possible, but we must accept it, if at a minimum, it contains your name, address and your signature.

Supplemental Nutrition Assistance Program regulations require that in addition to a signed application for Supplemental Nutrition Assistance Program benefits, applicants must submit various items of documentation. In addition to the Supplemental Nutrition Assistance Program Benefits Application/Recertification (**LDSS-4826**), we have enclosed the Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**) which explains the documentation requirements.

Failure to file an application for recertification and to submit required documentation will result in the delay and possible discontinuation of your Supplemental Nutrition Assistance Program benefits.

Please return this letter to us in the enclosed self-addressed envelope along with the following:

1. Completed and signed application (**LDSS-4826**)
2. Required documentation (photocopies advised) as indicated on Form **W-119D**
3. Your telephone number or the name and telephone number of an individual who will act as your authorized representative
Your telephone number _____ or
Name of authorized representative _____ and
Telephone number of authorized representative _____
4. The most convenient time for us to call you or your representative _____

**BE SURE TO READ YOUR INTERVIEW/APPLICATION RIGHTS
FOR SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM BENEFITS
AND THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION SECTIONS OF THIS NOTICE.**

Interview/Application Rights for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits

You have a right to:

- request that the Supplemental Nutrition Assistance Program in-office interview be waived in hardship situations. Hardship generally includes, but is not limited to, illness, transportation difficulties, care of a household member, hardship due to residency in a rural area, prolonged severe weather or work or training hours that prevent you from coming during regular office hours.
- ask for an application for Supplemental Nutrition Assistance Program benefits. This office must accept the application as long as it is signed and has a readable name (and address, if you have one).
- apply for Supplemental Nutrition Assistance Program benefits in person, by mail, fax or through an authorized representative. An interview may be required.

If all members of your household are now receiving Supplemental Security Income (SSI) or plan to apply for SSI, you may apply for Supplemental Nutrition Assistance Program benefits at the Social Security Office instead of turning in your recertification form at the Food Stamp Center. If you choose to do this, the Social Security Office must also get your application by the date noted at the top of page 3 in the Supplemental Nutrition Assistance Program benefits section of this notice. They will interview you and send your application and supporting documents to the Food Stamp Center to see if you can still get Supplemental Nutrition Assistance Program benefits.

Services and Other Information

- Social services may provide information and education about family planning for up to 90 days from the effective date stated in this notice. A loss of Cash Assistance and medical assistance benefits will require a redetermination of your eligibility for social services within 30 days of such a decision. This does not necessarily mean that services will be terminated. It means that your continuing eligibility for these services will have to be predetermined. For further information, please contact your Worker.
- If you are getting Cash Assistance, medical assistance or Supplemental Nutrition Assistance Program benefits, you may be able to get a discount on your phone service. For information on LIFELINE, call Verizon toll-free at (800) 555-5000.
- Although you may no longer be eligible for Cash Assistance, Supplemental Nutrition Assistance Program benefits or medical assistance, you still may be eligible for assistance with your heating costs by applying for the Home Energy Assistance Program (HEAP). Information on HEAP can be obtained by calling HEAP Central at (800) 692-0557.

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: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/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.

If you have a disability, and cannot travel, you may appear through a representative, either a friend, relative or lawyer. If your representative is not a lawyer, or an employee of a lawyer, your representative must bring the hearing officer a written letter, signed.

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

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 Cash Assistance, medical assistance or social services issues and ninety (90) days for Supplemental Nutrition Assistance Program 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:

SAMPLE

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Nombre del Centro/Número: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Fax: _____

Aviso de Recertificación de Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (F61)

Nota: A partir del 29 de agosto, el Programa de Cupones para Alimentos se conocerá como el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda mención de Cupones para Alimentos se referirá a SNAP.

Conforme al las reglas del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), sus beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria se vencerán el _____. Si usted desea continuar recibiendo beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria, debe presentar una nueva solicitud antes de su fecha de vencimiento.

- Debido a su confinamiento actual al hogar, su solicitud se tramitará por correo.
- Si usted reside en un hogar en común y tiene un Asistente Administrativo del Estado de Nueva York, el Asistente presentará un solicitud a nombre suyo. Si su Asistente presenta la solicitud a nombre suyo, el presente aviso será sólo a título informativo. Si no tiene un Asistente Administrativo, usted o su representante autorizado debe llenar, firmar y devolver el adjunto Solicitud/Rercertificación de Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (**LDSS-4826-SP**). Además, hemos adjuntado la Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida (**W-119D [S]**) que explica los requisitos documentales.

Debemos recibir su formulario de solicitud para _____, para garantizar que usted siga recibiendo beneficios ininterrumpidos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria. La solicitud debe llenarse lo completamente posible, pero nosotros debemos aceptarla, si como mínimo, contiene su nombre, dirección y firma.

Las reglas del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria estipulan que además de una solicitud firmada de beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria, los solicitantes deben presentar varios documentos. Además de la Solicitud/Rercertificación del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (**LDSS-4826-SP**), hemos adjuntado la Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida (**W-119D [S]**) que explica los requisitos documentales.

El no presentar solicitud para recertificación y presentar los documentos estipulados, come debido, resultará en atraso y la posible discontinuación de sus beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria.

Favor de devolvemos esta carta en el sobre adjunto con dirección del remitente junto con lo siguiente:

1. Solicitud (**LDSS-4826-SP**) llenada y firmada.
2. Documentación requerida (se aconsejan fotocopias) como se indica en el Formulario **W-119D (S)**.
3. Su número de teléfono o el nombre y número de teléfono de una persona autorizada por usted para actuar como su representante
Su número de teléfono _____ o
Nombre del representante autorizado _____ y
Número de teléfono del representante autorizado _____
4. La hora más conveniente en que le podemos llamar a usted o su representante es _____

ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE DERECHOS RELATIVOS A SU ENTREVISTA/SOLICITUD DE BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS Y LA INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.

Derechos Relativos a su Entrevista/Solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos

Usted tiene el derecho de:

- solicitar que se le excuse de la entrevista del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria en la oficina debido a dificultades. Normalmente esto incluye entre otros, enfermedad, dificultades con el transporte, cuidado de un miembro del hogar, domicilio en una zona rural, mal tiempo prolongado, horas de trabajo u horas de capacitación que le impidan acudir durante un horario normal de oficina.
- pedir una solicitud de beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria. Esta oficina tiene que aceptar la solicitud siempre y cuando esté firmada y contenga el nombre (y la dirección, si tiene) de manera legible(s).
- solicitar beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria en persona, por correo, fax o a través de un representante autorizado. Puede que se requiera una entrevista.

Si todos los miembros de su hogar actualmente reciben el Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income – SSI) o tienen planes de solicitar SSI, usted puede solicitar beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria en la oficina del Seguro Social en vez de presentar su formulario de recertificación a el Centro de Cupones para Alimentos. Si decide hacerlo de esta manera, la oficina de Seguro Social también tiene que recibir su solicitud antes de la fecha indicada en la parte superior de la página 3 de la sección del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria de este aviso. Ellos le entrevistarán y enviarán su solicitud con documentos correspondientes a el Centro de Cupones para Alimentos para determinar si aún usted puede recibir beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria.

Servicios y Otras Informaciones

- La oficina de Servicios Sociales puede proporcionar información y educación sobre la planificación familiar por un período máximo de 90 días a partir de la fecha de vigencia indicada en este aviso. Si se pierden los beneficios de Asistencia en Efectivo y médica será necesario redeterminar su elegibilidad para servicios sociales dentro de 30 días de dicha decisión. Esto no necesariamente significa que estos servicios serán suspendidos, significa que su elegibilidad continua para estos servicios tendrá que ser determinada nuevamente. Favor de comunicarse con su Trabajador, para más información.
- Si usted recibe Asistencia en Efectivo, asistencia médica o beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria, tal vez pueda recibir un descuento en su servicio de teléfono. Llame gratuitamente a Verizon al (800) 555-5000, para más información sobre LIFELINE.
- Aunque ya no sea elegible para Asistencia en Efectivo, beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria o asistencia médica, usted aún puede ser elegible para asistencia con sus gastos de calefacción solicitando al Programa de Asistencia para Energía en el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP). Información sobre HEAP se puede obtener llamando a la Central de HEAP al (800) 692-0557.

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 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 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:** Llene 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 escríbanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en **la primera página** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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 en Efectivo, asistencia médica o servicios sociales y noventa (90) días para asuntos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria.

Si no logra comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y 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:

Nombre en
Letras de
Molde: _____

Nombre

I.

Apellido

Núm. del Caso: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Date: _____
Case Number: _____
Participant Name: _____
Center: _____

**Notice of Rescheduled
Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
Telephone Recertification Interview**

Note: Beginning August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

As you requested, we have rescheduled a telephone recertification interview for you on the date and within the timeframe listed below. We have also listed the telephone number that we will contact you at.

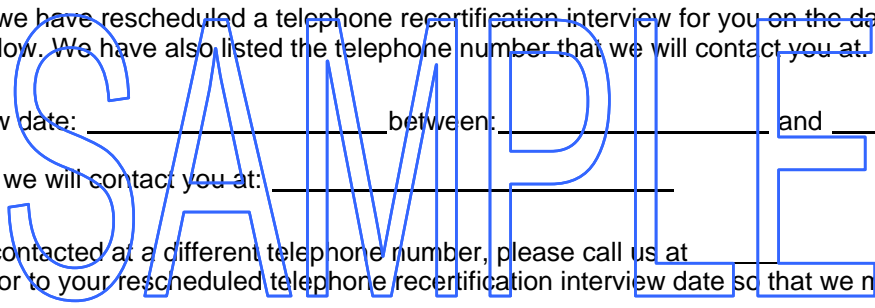
Telephone interview date: _____ between: _____ and _____

Telephone number we will contact you at: _____

If you prefer to be contacted at a different telephone number, please call us at _____ at least one day prior to your rescheduled telephone recertification interview date so that we may update our records.

Please allow up to 60 minutes to complete the telephone recertification interview.

Once you have completed your telephone recertification interview and you have been informed that you have been recertified, there is **NO** need for you to come in person to the Food Stamp Center.



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Participante: _____

Centro: _____

Aviso de Nueva Entrevista de Recertificación Telefónica del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Nota: A partir del 29 de agosto, el Programa de Cupones para Alimentos se conocerá como el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda mención de Cupones para Alimentos se referirá a SNAP.

A petición suya, hemos reprogramado una entrevista telefónica de recertificación para usted en la fecha y las horas a continuación. Además, hemos listado el número de teléfono al cual nos comunicaremos con usted.

Fecha de la entrevista telefónica: _____ Entre _____ y: _____

Número de teléfono al cual nos comunicaremos con usted: _____.

Si usted prefiere que se le llame a un número de teléfono distinto, favor de llamarnos al _____ por lo menos un día antes de la fecha de su entrevista telefónica reprogramada de certificación para que nosotros podamos actualizar nuestros expedientes.

por lo menos un día antes de la fecha de su entrevista telefónica reprogramada de certificación para que nosotros podamos actualizar nuestros expedientes.

Favor de calcular 60 minutos para llevar a cabo la entrevista por teléfono de recertificación.

Una vez que usted haya llevado a cabo la entrevista de recertificación y se le haya informado que ha sido recertificado(a), NO tiene que presentarse en persona a el Centro de Cupones para Alimentos.