



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 #12-63-OPE

REVISIONS TO FORMS W-137G, W-137J AND W-138D

Date: 8/2/2012	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>See PB #11-33-OPE for forms W-137G and W-137J</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center and Non-Cash Assistance Food Stamp (NCA-FS) 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. Therefore, the following forms have been revised:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W-137G Notice of Additional Food Stamps Cases Activated Within 210 Days of the Cash Assistance Denial • W-137J Request for Additional Information Restored Food Stamp Benefit Review • W-138D Notification of Work Requirement and Right to Contest (Food Stamp Participants) <p>Center Directors and NCA Food Stamp Directors must ensure that all previous versions of these forms and their multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.</p> <p>Samples of the forms are attached.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p>

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

Related Items:

[PB #11-33-OPE](#)

Attachments:

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

- W-137G** Notice of Additional Supplemental Nutrition Assistance Program Cases Activated Within 210 Days of the Cash Assistance Denial (Rev. 8/2/12)
- W-137G (S)** Notice of Additional Supplemental Nutrition Assistance Program Cases Activated Within 210 Days of the Cash Assistance Denial (Spanish) (Rev. 8/2/12)
- W-137J** Request for Additional Information Restored Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefit Review (Rev. 8/2/12)
- W-137J (S)** Request for Additional Information Restored Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefit Review (Spanish) (Rev.8/2/12)
- W-138D** Notification of Work Requirement and Right to Contest (Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP] Participants) (Rev. 8/2/12)
- W-138D (S)** Notification of Work Requirement and Right to Contest (Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP] Participants) (Spanish) (Rev. 8/2/12)

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Notice of Additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits Cases Activated Within 210 Days of the Cash Assistance Denial

YOU WILL RECEIVE ADDITIONAL 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.

This is to notify you that you are eligible to receive additional Supplemental Nutrition Assistance Program benefits as a result of a case review done in connection with a class action lawsuit called Reynolds v. Giuliani.

You applied for cash (public) assistance and SNAP benefits between December 15, 2005, and November 30, 2006. Your SNAP application was initially denied. Within 210 days of that denial you became active for SNAP. New York City's Human Resources Administration (HRA) has determined that you did not receive the separate SNAP determination which you should have received. HRA has also determined that you are eligible to receive additional SNAP benefits.

THIS MEANS YOU WILL RECEIVE ADDITIONAL SNAP BENEFITS. The amount of additional SNAP benefits is based on the amount of your recurring grant upon your becoming active for SNAP benefits and the number of months that you lost SNAP benefits following the denial of your cash assistance application.

The additional SNAP benefits have been made available on your SNAP Electronic Benefit Transfer (EBT) account and have been issued under case number _____. If you do not have an EBT card to redeem your benefits, you may come to the HRA Special Project Center at 172 Water Street, New York, NY 10038 or call the center at: (212) 331-4909.

This is how we calculated your additional SNAP benefits amount:

Your recurring grant upon becoming active for SNAP benefits: \$ _____

Number of months that SNAP benefits were lost following the denial of your cash assistance application: _____

Additional SNAP benefit amount: \$ _____

If you disagree with the amount of your additional SNAP benefits because you believe that HRA was incorrect concerning the amount of your recurring grant upon your becoming active for SNAP benefits or the number of months that you lost benefits following the denial of your cash assistance application, you may request a conference and/or State Fair Hearing as set forth below.

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

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us at (212) 331-4947 to set up a conference (informal meeting with us). 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, 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.ctda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

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

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the telephone number/address listed on **page 2** 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 SNAP issues.

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

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: _____

**Aviso de Beneficios Adicionales
del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)
Casos Activados Dentro de 210 Días de la Denegación de Asistencia en Efectivo**

**USTED RECIBIRÁ BENEFICIOS ADICIONALES
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.

Por el presente le notificamos que usted es elegible para recibir beneficios adicionales de SNAP a raíz de una revisión de caso respecto a una acción en grupo denominada Reynolds v. Giuliani.

Usted solicitó asistencia en efectivo (pública) y beneficios de SNAP entre el 15 de diciembre, 2005, y el 30 de noviembre, 2006. Inicialmente su solicitud de beneficios de SNAP fue negada. Dentro de 210 días de esa negación usted fue activada para los beneficios de SNAP. La Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de Nueva York ha determinado que usted no recibió la resolución de SNAP por separado que debió haber recibido. Además, la HRA ha determinado que usted es elegible para recibir beneficios adicionales de SNAP.

ESTO SIGNIFICA QUE USTED RECIBIRÁ BENEFICIOS ADICIONALES DE SNAP. La cantidad de sus beneficios adicionales de SNAP se basa en la cantidad de concesión recurrente tras la activación de sus beneficios de Programa de SNAP y el número de meses que perdió beneficios de SNAP después de la denegación de su solicitud de asistencia en efectivo.

Los beneficios adicionales de SNAP están disponibles en su cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficio de SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program Electronic Benefit Transfer – EBT) y han sido emitidos conforme al número de caso _____. Si usted no tiene una tarjeta de EBT para obtener sus beneficios, puede presentarse a la Administración de Recursos Humanos (HRA) Special Projects Center en 172 Water Street, New York, NY 10038 o llamar al centro al: (212) 331-4909.

Vea a continuación cómo calculamos su cantidad de beneficios adicionales de SNAP:

Su concesión recurrente a la hora de activarse para beneficios del SNAP: \$ _____

Número de meses en que se perdieron beneficios de SNAP tras el rechazo de su solicitud de asistencia en efectivo: _____

Cantidad de SNAP adicionales: \$ _____

Si usted no está de acuerdo con la cantidad de sus beneficios adicionales de SNAP porque cree que la HRA estuvo equivocada respecto a la cantidad de su concesión recurrente tras la activación de sus beneficios del SNAP o el número de meses en que usted perdió beneficios después de la denegación de su solicitud de asistencia en efectivo, puede solicitar una conferencia y/o Audiencia Imparcial Estatal como se indica más abajo.

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

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos al (212) 331-4947 para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

(1) POR TELÉFONO: Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)

(2) POR ESCRITO: Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930, Albany, NY 12201
(Favor de guardar una copia para usted.)

(3) POR FAX: Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al: **(518) 473-6735**

(4) EN PERSONA: Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a:
14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201.

(5) POR INTERNET: Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

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

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en **la página 2** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, usted tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de noventa (90) días de la fecha del aviso para asuntos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Si no logra comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y de Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite. **Nota:** Si su situación es extremadamente grave favor de explicar su situación; el Estado intentará tramitar su petición de una Audiencia Imparcial tan pronto posible. Si usted llama para solicitar un Audiencia Imparcial, favor de estar listo(a) para explicar su situación a la persona que conteste el teléfono.

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

SAWMPLE

Nombre en letra de molde: _____ Número de Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____
Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Request for Additional Information Restored Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefit Review

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 have received your request to review your eligibility for restored Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits. In order for us to make a determination of your eligibility, the following information/documentation is required. Please mail the requested information/documentation in the postage-paid envelope that has been enclosed with this letter to the Human Resources Administration, Special Project Center, 172 Water Street, New York, NY 10038. You may also use your own envelope.

Requested information/documentation:

SAMPLE

Please return the information/documentation along with this letter by:

Worker's Signature

Date

Supervisor's Signature

Date

Worker's Telephone Number

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

**Petición de Información Adicional
Revisión de Beneficios Restablecidos
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.

Hemos recibido su petición de una revisión de su elegibilidad para beneficios restablecidos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). A fin de nosotros poder determinar su estado de elegibilidad, necesitamos la siguiente información/documentación. Favor de enviar por correo en el sobre adjunto prepagado la información/documentación solicitada a Human Resources Administration, Special Project Center, 172 Water Street, New York, NY 10038. También puede usar su propio sobre.

Información/documentación solicitada:

SAMPLE

Favor de devolver la información/documentación junto con esta carta para la fecha de:

Firma del Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

Número de Teléfono del Trabajador

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Caseload: _____
Unit Name: _____
Worker Name: _____
Worker Telephone: _____
General Telephone: _____
for Questions: _____
FH&C Telephone: _____

Notification of Work Requirement and Right to Contest (Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP] Participants)

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 has determined that you are required, or must continue, to participate in work activities as of the date indicated above.

A. You are required to participate in work activities unless you are exempt from the SNAP work requirements.

Exemptions from the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) work requirements apply to individuals who are:

- Younger than 16 years of age or 60 years or older.
- A refugee participating at least half-time in a program approved or funded by the Federal Office of Refugee Resettlement.
- Medically verified as being physically or mentally unable to work.
- A recipient of, or applicant for, unemployment compensation who is required to register for work as part of the application process.
- A person 16 or 17 years of age who is not the head of household or who is attending school or an employment training program on at least a half-time basis.
- A participant in a drug or alcohol treatment program who is deemed to be unable to work, or is otherwise engaged in a substance abuse treatment program to the extent that assignment of work activities is impractical.
- A parent, guardian or any adult responsible for the care of a child under the age of six (6) years.
- A person employed 30 hours per week or receiving weekly earnings equal to the Federal minimum wage multiplied by 30 hours.
- A parent or other household member needed in the home to care for an incapacitated person.
- An applicant for Social Security Supplemental Income (SSI) and SNAP benefits under the joint processing provisions.
- 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 SNAP participants.
- A person who is already complying with Temporary Assistance to Needy Families (TANF) work rules.

As a SNAP work-rules-required individual, you are subject to the SNAP Employment and Training (SNAPET) work rules. You are also subject to the Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWD) SNAP eligibility requirements unless you are:

- An individual under the age of 18.
- A person age 50 through 59 years.
- Unable to work in competitive employment for at least 80 hours per month due to a physical or mental limitation.
- An adult residing in a SNAP household containing a child who has not yet reached his/her 18th birthday, including a parent and any adult, regardless of responsibility.
- Pregnant, as documented by a physician, regardless of the month of pregnancy.

You have been found to have work limitations on the type of work you can do.

How to Request a Reasonable Accommodation

If you have a physical, mental health or learning problem that makes it difficult for you to:

- complete HRA forms,
- travel to your new center, or
- meet other HRA requirements,

you have a right to ask HRA for help. This help is called a reasonable accommodation. If you need help, you can call **(718) 784-2922**. If you asked for help and you think you did not get the help you needed, you can file a complaint. To file a complaint, you can write to: ADA Compliance Officer, Office of Legal Affairs, **130 Water Street, 16th Floor, NY 10038** or fax your complaint to **(212) 331-5023**. If it is difficult for you to submit a complaint in writing, you may call **(212) 331-4640** for assistance.

- You will receive a separate notice explaining your limitations; and
- We will consider your work limitations when making your work assignment.

B. Duties of a Person Required to Work

You are expected to meet one (1) or more of the requirements listed below as assigned by this Agency. The purpose of these requirements is to assist you in finding and keeping a job so that you will no longer be in need of SNAP benefits. The legal basis for these requirements may be found in Section 18 NYCRR 385.3.

- You must accept referral to, and take part in, the Work Experience Program (WEP) when appropriate.
- You must accept referral to, or offer of, any employment in which you are able to engage.
- You must accept referral to, or enrollment in, an appropriate educational, vocational, job search or other employment-related training program, if necessary to improve your ability to secure employment.
- You must participate in the development of a child care plan when necessary.
- You must notify this Agency if your participation in any employment activity changes.

If you without good cause do not comply with the requirements assigned to you, you may be disqualified from receiving SNAP benefits for a period of up to six (6) months, and until you are willing to comply.

C. How to Contest an Employability Determination/Your Right to a Conference/Fair Hearing

If you have any questions about the determination that you are required to participate in work activities, you may have a conference to review this action. You may request a conference at the Center where you were called in for your employability assessment. The right to a conference is separate from the right to a Fair Hearing, and does not affect your right to a Fair Hearing, which is described on page 3 of this form.

D. How to Contest a Work Assignment Based on Medical Limitations

If you think that your work assignment is inconsistent with your medical limitations, you must still report to the work assignment and learn what the assignment is. If you still believe that the work assignment is medically inappropriate, you should utilize the available mechanisms to try to work out any disagreements, including consulting with your Supervisor at the work site and advising him/her of your concerns. If your Supervisor is unable to resolve the matter to your satisfaction, then you have the right to a conference. You may request a conference at the Center where you were called in for your employability assessment. If you are still dissatisfied, you are entitled to request a Fair Hearing. Please see the instructions on page 3 on how to schedule a Fair Hearing.

You may refuse to perform the work, without loss of benefits, while pursuing your grievance through each stage of the process, from complaining to your Supervisor to obtaining a Fair Hearing decision. During the time it takes for the Fair Hearing on your work assignment to be decided, you will continue to receive your SNAP benefits unchanged, even if you refuse to perform the work.

PARTICIPANT'S STATEMENT:

I have read the above requirements and notices and I have reviewed them with my Worker.

Participant's Signature/Date

JOS/Worker/Date

SAMPLE

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

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

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

STATE FAIR HEARING

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

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930, Albany, NY 12201
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: **(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at:
14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

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

Continuing Your Benefits: If our decision affects your benefits and you ask for a Fair Hearing within ten (10) days of the date of this notice, we will restore your benefits to the level that they were at before this notice, until a Fair Hearing decision is issued. However, in no event will SNAP benefits be continued if you failed to recertify the SNAP case. In addition, SNAP benefits cannot be continued beyond the last date of the SNAP certification period (See 18 NYCRR § 358-3.6). If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision.

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

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision. If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

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

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within ninety (90) days from the date of the notice for 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: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Nombre de la Unidad: _____
Nombre del Trabajador: _____
Teléfono del Trabajador: _____
Teléfono General para Preguntas: _____
Teléfono de FH&C: _____

Aviso de Requisito de Trabajo y del Derecho a Disputarlo (Participantes 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.

Esta Agencia ha decidido que usted tiene una obligación de participar o debiera de continuar en actividades de trabajo a partir de la fecha indicada más arriba.

A. Se requiere que usted participe en actividades de trabajo a menos que esté exento de los requisitos de trabajo del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria.

Las exenciones de los requisitos de trabajo de SNAP son de aplicación a las siguientes categorías de personas:

- Menor de 16 años de edad o mayor de 60 años de edad.
- Incapaz de ejercer trabajo físico o mental de acuerdo a una verificación médica.
- Una persona de 16 o 17 años de edad que no es cabeza del hogar o que asiste a la escuela o a un programa de capacitación de empleo por lo menos a tiempo parcial.
- Un(a) padre/madre, tutor o cualquier adulto reponsable por el cuidado de un(a) niño(a) menor de seis (6) años de edad.
- Un(a) padre/madre u otro miembro del hogar necesitado en el hogar para cuidar de una persona incapacitada.
- Un estudiante matriculado en una escuela reconocida, programa de capacitación, o en una institución de enseñanza superior por lo menos a tiempo parcial, siempre que haya cumplido con el criterio de elegibilidad de estudiante para participantes de SNAP.
- Un refugiado que participe por lo menos a tiempo parcial en un programa aprobado o financiado por la Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados.
- Un beneficiario o solicitante de compensación de desempleo de quien se requiere que se registre para empleo como parte del trámite de la solicitud.
- Un participante en un programa de tratamiento de drogas o alcohol a quien se haya determinado de ser incapáz de trabajar o que por otra parte esté participando en un programa de tratamiento de abuso a sustancias hasta tal punto que el ser asignado a actividades de trabajo no sea práctico.
- Una persona empleada 30 horas a la semana o recibiendo ganancias semanales equivalentes al salario mínimo Federal multiplicado por 30 horas.
- Un(a) solicitante de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y de beneficios de SNAP bajo cláusulas de trámite colectivo.
- Una persona que ya esté cumpliendo con las reglas de trabajo de Ayuda Temporal a Familias Necesitadas (TANF).

Como persona sujeta a las reglas de trabajo de SNAP, usted queda igualmente sujeto a las reglas de trabajo de Empleo y Capacitación de Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAPET). Más aún, usted está sujeto a los requisitos de elegibilidad para el SNAP para los Adultos Sanos Sin Dependientes (ABAWD), a menos de ser:

- Una persona de menos de 18 años de edad.
- Una persona entre los 50 y 59 años de edad.
- Incapaz de trabajar en empleo competitivo por un mínimo de 80 horas al mes a causa de una limitación física o mental.
- Un adulto que resida en un hogar de SNAP que tenga un(a) niño(a) que todavía no haya cumplido los 18 años de edad, incluidos el padre o la madre y cualquier adulto, al margen de sus responsabilidades.
- Embarazada, con comprobante médico, sin tener en cuenta el mes de embarazo.

Se Ha Concluido que el Tipo de Trabajo que Usted Puede Desempeñar es Limitado.

Cómo Solicitar un Arreglo Razonable

Si tiene un problema físico, mental o de aprendizaje que le dificulta:

- Llenar por completo los formularios de la HRA,
- Viajar a su nuevo centro, o
- Cumplir otros requisitos de HRA,

Usted tiene derecho a pedirle ayuda a la HRA. Esta ayuda se define como arreglo razonable. Si necesita ayuda, puede llamar al **(718) 784-2922**. Si usted pidió ayuda y cree que no la recibió, puede presentar una queja. Para ello, escriba a: ADA Compliance Officer, Office of Legal Affairs, **180 Water Street, 16th Floor, NY 10038** o faxee su queja a **(212) 331-5023**. Si le resulta difícil presentar una queja por escrito, puede llamar al **(212) 331-4640** para ayuda.

- Usted recibirá un aviso por separado explicando sus limitaciones; y
- Nosotros tomaremos en consideración sus limitaciones de trabajo al prepararle su asignación de trabajo.

B. Deberes de una Persona Obligada a Trabajar

Se espera que usted reúna uno (1) o más de los requisitos asignados por esta Agencia y enumerados a continuación. El propósito de estos requisitos es asistirle en encontrar y conservar un empleo para que no necesite más cupones para alimentos. El fundamento jurídico de estos requisitos se encuentra en la Sección 18 NYCRR 385.3.

- Usted tiene que aceptar un envío y participar en el Programa de Experiencia de Trabajo (Work Experience Program – WEP) cuando sea apropiado.
- Usted tiene que aceptar un envío u oferta de cualquier empleo que le sea posible desempeñar.
- Usted tiene que aceptar un envío al o matricularse en un programa apropiado educativo, vocacional, de búsqueda de trabajo u otro programa de entrenamiento relacionado con empleo, si es necesario, para mejorar su capacidad de conseguir un empleo.
- Usted tiene que participar en el desarrollo de un plan de cuidado infantil cuando sea necesario.
- Usted tiene que notificarle a esta Agencia si cambia su participación en cualquier actividad de empleo.

Si deja de cumplir los requisitos que se le han asignado, sin causa válida, puede ser descalificado de recibir beneficios de SNAP por un período de hasta seis (6) meses y hasta que usted esté dispuesto a cumplir.

C. Cómo Impugnar la Determinación de Empleabilidad/Su Derecho a una Conferencia/Audiencia Imparcial

Si tiene preguntas sobre la decisión donde se requiere que usted participe en actividades de trabajo, puede obtener una conferencia para revisar esta acción. Usted puede solicitar una conferencia en el Centro donde usted fue citado para su evaluación de empleabilidad. El derecho a una conferencia es independiente del derecho a una Audiencia Imparcial, y no afecta a su derecho a una Audiencia Imparcial lo cual se explica en la página 3 de este formulario.

D. Cómo Impugnar la Asignación de Trabajo Debiéndose a Limitaciones Médicas

Si usted considera que su asignación de trabajo es inconveniente debido a sus limitaciones médicas debe de todos modos presentarse a la asignación de trabajo para así enterarse de que se trata. Si aún piensa que la asignación de trabajo no va de acuerdo a su limitación médica, debe utilizar los mecanismos disponibles para tratar de solucionar cualquier desacuerdo, incluyendo el consultar con su Supervisor en el lugar de trabajo, e informarle a él/ella de sus inquietudes. Si su Supervisor(a) no puede solucionar el asunto para satisfacerlo, entonces usted tiene derecho a una conferencia. Usted puede solicitar una conferencia en el Centro donde lo citaron para su evaluación de empleabilidad. Si aún sigue insatisfecho, usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial. Por favor remítase a las instrucciones de la página 3 sobre como programar una Audiencia Imparcial.

Usted puede rehusar desempeñar el trabajo, sin la pérdida de beneficios, mientras prosiga con su querrela a través de cada etapa del proceso, desde que se queje a su Supervisor hasta que obtenga una decisión de la Audiencia Imparcial. Usted continuará recibiendo sus beneficios de SNAP sin cambios durante el tiempo que se tome la Audiencia Imparcial en llegar a una decisión sobre su asignación de trabajo, aun si rehusa desempeñar el trabajo.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE:

He leído los requisitos y avisos indicados arriba, y los he repasado con mi Trabajador.

Firma del Participante/Fecha

JOS/Trabajador/Fecha

SAMPLE

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

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escríbanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial. Si sólo solicita una conferencia, sus beneficios no se mantendrán sin cambios durante su apelación. Para mantener sus beneficios sin cambios debe solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. (Refiérase a la sección Mantenimiento de Sus Beneficios.)

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) en: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:
<http://www.otda.ny.gov/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: talonarios 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 pedir las con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

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

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Mantenimiento de Sus Beneficios: Si nuestra decisión afecta a sus beneficios y usted solicita una Audiencia Imparcial dentro de diez (10) días de la fecha de este aviso, restituiremos sus beneficios al nivel en que se encontraban previos a este aviso, hasta que una decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida. Sin embargo, de ninguna manera continuarán sus beneficios de SNAP si no ha recertificado como debido su caso de SNAP. Además, los beneficios de SNAP no pueden continuar después de la última fecha de su período de certificación de SNAP (remítase a 18 NYCRR § 358-3.6). Si usted pierde la Audiencia Imparcial tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba una decisión.

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

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba la decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

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

Fecha Límite: Si usted desea que el estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de noventa (90) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de SNAP.

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:

SAMPLE

Nombre en
Letras de

Molde: _____ Núm. del Caso: _____

Nombre I. Apellido

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____

Fecha: _____