



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 #12-73-OPE

(This PB obsoletes PB #02-170-OPE, PB #05-70-OPE and PB #06-102-OPE)

REVISIONS TO FORMS W-500PP, W-500QQ, W-502, W-516E, W-516G, W-531, W-532A, W-532B, W-532C AND W-908T

Date: August 21, 2012	Subtopic: Forms
<p>  This procedure can now be accessed on the FIAweb. </p> <p> See PD #11-11-EMP for Forms W-500PP and W-500QQ </p> <p> See PD #10-21-OPE </p> <p> See PB #08-145-OPE for Forms W-516E and W-516G </p> <p> See PD #11-15-OPE </p> <p> See PB #12-19-OPE for Forms W-532A, W-532B and W-532C </p> <p> See PB #07-96-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 the New York State legislature and the Office of the Governor have changed the name of the Food Stamp Program to the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). Therefore, any reference to Food Stamp benefits shall mean SNAP benefits, and any reference to NCA FS Centers shall mean NCA SNAP Centers. </p> <p> Consequently the following note has been added to all of the forms listed below: </p> <p style="padding-left: 40px;"> “As of 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.” </p> <ul style="list-style-type: none"> • The Work Number Contact Information Form (W-500PP) • TALX/The Work Number eXpress Services Data Sheet (W-500QQ) • Referral to Back to Work (BTW) Vendor (W-502) • Real Property Tax Credit Notice (W-516E) • New York State Nutrition Incentive Program (NYSNIP) Real Property Tax Credit Notice (W-516G) • Important Information About Your Application (W-531) • Conciliation Notification (W-532A) • Conciliation Notification for Activity Period Continued (W-532B) • Conciliation Notification for Activity Period Discontinued (W-532C) • Notice of Recertification Appointment (W-908T)

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

Job Center Directors and NCA FS 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:

[PD #11-11-EMP](#)
[PD #10-21-OPE](#)
[PB #08-145-OPE](#)
[PD #11-15-OPE](#)
[PB #12-19-OPE](#)
[PB #07-96-OPE](#)

Attachments:

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

W-500PP	The Work Number Contact Information Form (Rev. 8/21/12)
W-500QQ	TALX/The Work Number eXpress Services Data Sheet (Rev. 8/21/12)
W-502	Referral to Back to Work (BTW) Vendor (Rev. 8/21/12)
W-502 (S)	Referral to Back to Work (BTW) Vendor (Spanish) (Rev. 8/21/12)
W-516E	Real Property Tax Credit Notice (Rev. 8/21/12)
W-516E (S)	Real Property Tax Credit Notice (Spanish) (Rev. 8/21/12)
W-516G	New York State Nutrition Incentive Program (NYSNIP) Real Property Tax Credit Notice (Rev. 8/21/12)
W-516G (S)	New York State Nutrition Incentive Program (NYSNIP) Real Property Tax Credit Notice (Spanish) (Rev. 8/21/12)
W-531	Important Information About Your Application (Rev. 8/21/12)
W-531 (S)	Important Information About Your Application (Spanish) (Rev. 8/21/12)
W-532A	Conciliation Notification (Rev. 8/21/12)
W-532A (S)	Conciliation Notification (Spanish) (Rev. 8/21/12)
W-532B	Conciliation Notification for Activity Period Continued (Rev. 8/21/12)
W-532B (S)	Conciliation Notification for Activity Period Continued (Spanish) (Rev. 8/21/12)

W-532C	Conciliation Notification for Activity Period Discontinued (Rev. 8/21/12)
W-532C (S)	Conciliation Notification for Activity Period Discontinued (Spanish) (Rev. 8/21/12)
W-908T	Notice of Recertification Appointment (Rev. 8/21/12)
W-908T (S)	Notice of Recertification Appointment (Spanish) (Rev. 8/21/12)

The Work Number Contact Information Form

Please e-mail this form to: Gloria Clyburn – clyburng@hra.nyc.gov (212) 331-5697
Faye Grey – greyf@hra.nyc.gov (212) 331-4244

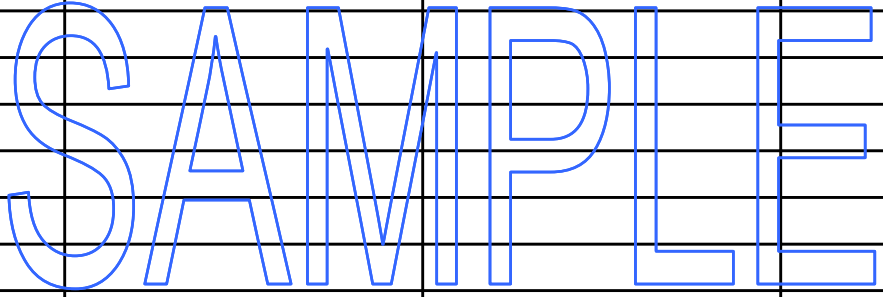
TODAY'S DATE:

AGENCY/PROGRAM NAME:

CONTACT NAME:

CONTACT TELEPHONE NUMBER:

THE WORK NUMBER AUTHORIZED USERS - eXpress Service only

Last Name	First Name	E-mail Address	User Name (must be at least 12 characters)
			

Note: As of 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.

Instructions for Completing the Work Number Contact Information Form

When the TALX liaison receives a request for access to TALX/The Work Number Service from a Job Center, Non Cash Assistance Supplemental Nutrition Assistance Program (NCA SNAP) Center, or Program Area, he/she will:

- ensure the following information is recorded on The Work Number Contact Information Form (see page 1):
 - current date
 - name of the Job Center, NCA SNAP Center, or Program Area
 - contact person's name and telephone number
 - JOS/Workers' names (last and first)
 - JOS/Workers' e-mail address
 - User Name – must be at least 12 characters

- e-mail the completed form to Gloria Clyburn or Faye Grey, Office of Support Services
 - Once approved, the **Worker** will receive an e-mail confirming his/her registration with TALX. The e-mail will also include a temporary password so that he/she can access the website.

Note: Staff are now only required to enter their User Name and password to login to TALX/The Work Number Service

- inform the Office of Support Services when a staff member:
 - is no longer employed with the Agency.
 - is new to the Job Center or NCA SNAP Center and requires TALX access.

Note: TALX liaisons no longer have to inform OSS when staff members transfer to a different Job Center or NCA SNAP Center.

TALX/The Work Number eXpress Services Data Sheet

Note: As of 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.

Center/Office/Program:		Data Sheet Preparation Date:	
JOS/Worker's Name:		Case Name:	
JOS/Worker's Telephone Number:		Case Number:	Case Type:
Case Status (check <input checked="" type="checkbox"/> one): Application (AP) <input type="checkbox"/> Active (AC) <input type="checkbox"/> Closed (CL) <input type="checkbox"/>		Household Size:	CA Suffix: SNAP Suffix:

1 Name <small>(Last name, First name, Middle initial)</small>	2 Social Security Number	3 Relationship to Casehead	4 TALX/The Work Number Inquiry Results			5 RFI	6 FIA-3a	7 Recoupment Amount <small>(Only enter if initiating a recoupment)</small>		8 Case Action Initiated <small>(Action = Reject [RJ], Closed [CL] or No Action [NA])</small>				
			Hit (H) or No Hit (NH)	Medical Insurance Coverage				CA	SNAP	Action	Last CA Grant	Amount of CA Budget Change	Last SNAP Benefit	Amount of SNAP Budget Change
				(Enter Provider name or N/A [not available])	Enrolled?									
SAMPLE														

Comments: _____

Instructions for Completing the TALX/The Work Number eXpress Services Data Sheet

To determine the cost-effectiveness of utilizing TALX/The Work Number Service, data pertaining to case actions (e.g., closing, budget reduction and recoupment) initiated as a result of current income verifications obtained from The Work Number Service will be recorded. A data sheet should be completed for each case where TALX/The Work Number Service is used to obtain income verification. (**Note:** Do not record the inquiry results for recertification cases on the Data Sheet. For those cases, use the spreadsheet received from the Office of Support Services.)

For each case enter the following information:

- **Center/Office/Program:** Enter the Center, NCA SNAP Center, or Program designation
- **JOS/Worker's Name/Telephone Number:** Enter the name and telephone number of the Worker completing the Data Sheet
- **Case Status:** Check the appropriate status (e.g., application, active, or closed)
- **Data Sheet Preparation Date:** Enter the current date
- **Case Name:** Enter the name of the case (as it appears in WMS)
- **Case Number:** Enter the complete case number
- **Case Type:** Indicate as FA (Family Assistance), SNCA (Safety Net Cash Assistance), SNNC (Safety Net Non-Cash), SNFP (Safety Net Federally Participating), SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program)
- **Household Size:** Enter the number of applying household members for the CA and SNAP suffixes

Section 1: Name – Enter the last name, first name and middle initial of each applying individual 18 years of age and older.

Section 2: Social Security Number – Enter the individual's complete Social Security Number.

Section 3: Relationship to Casehead – Enter each individual's relationship to the casehead (e.g., self, mother, etc.).

Section 4: TALX/The Work Number Service Inquiry Results

- **Hit/No Hit** – Enter "H" (Hit) to indicate whether a match was found or "NH" (No Hit) if a match was not found:
 - **Hit**
 - (a) Employer and income verification returned by TALX/The Work Number Service is not known to the Agency
 - (b) Employer and income verification returned by TALX/The Work Number Service is known to the agency, but the income currently on the budget is incorrect.
 - **No Hit**
 - (a) TALX/The Work Number Service was unable to find a Social Security Number match
 - (b) Income verification returned by TALX/The Work Number Service was prior to case opening
 - (c) Employer and income verification returned by TALX/The Work Number Service is known to the Agency and currently on the budget.

• **Medical Insurance Coverage** – For each individual:

- **Enter Provider Name or N/A** – Indicate the name of the medical insurance provider or "N/A" (not available) if no medical insurance coverage data is available.
- **Enrolled?** – If medical coverage displayed, enter "Y" (Yes) to indicate if the individual is enrolled with the medical provider or "N" (No) if not enrolled.

Section 5: RFI – Enter "Y" (Yes) if data is available on the Resource File Integration subsystem for the individual or "N" (No) if no RFI data is available.

Section 6: FIA-3a – Enter "Y" (Yes) if an FIA-3a was completed for the individual or "N" (No) if no FIA-3a was completed.

Section 7: Recoupment Amount – Fill in the amount of the CA and/or SNAP recoupment only if the JOS/Worker is initiating a recoupment.

Section 8: Case Action Initiated – Indicate the case action to be taken by the JOS/Worker.

- **Action** – Enter "RJ" if the case will be rejected, "CL" if closed or "NA" if no action taken.
- **Last CA Grant/SNAP Benefit** – Enter the amount of the semi-monthly CA grant and monthly SNAP benefit at the time of the rejection or closing in the appropriate columns.
- **Amount of CA/SNAP Budget Change** – Enter the amount of the CA grant and/or SNAP benefit reductions in the appropriate columns.

Comments – Record additional details relevant to the employment and/or income verification for the application case.

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Case Type: _____
Caseload: _____

Referral to Back to Work (BTW) Vendor

Note: As of 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.

State law requires that you participate in continuous job search and other work activities as a condition of eligibility for Cash Assistance.



You must report for your BTW orientation or to your BTW assigned vendor on the date, time and at the location listed below. Please remember that you are not allowed to bring any children with you when you report to the BTW vendor.

This is a mandatory appointment. If you do not keep this appointment or do not participate as required, your application for Cash Assistance may be denied or your current Cash Assistance and/or SNAP benefits may be reduced for a specific period of time or your Cash Assistance benefits will remain reduced or your Cash Assistance case may be closed. Failure to comply with Cash Assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid. This appointment can only be rescheduled in cases of emergency; all emergencies must be documented. If you are unable to keep this appointment, please call the telephone number listed below prior to your reporting time to arrange another appointment.

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Travel Directions: _____

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Tipo de Caso: _____
Unidad de Casos: _____

Envío al Contratista de Regreso al Trabajo (Back to Work – BTW)

Nota: A partir del 29 de agosto, toda referencia al Programa de Cupones para Alimentos en este aviso se denominará el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda referencia a Cupones para Alimentos se denominará beneficios de SNAP.

La ley estatal estipula que como condición de elegibilidad de Asistencia en Efectivo usted participe en búsqueda de empleo y otras actividades de trabajo de modo continuo.



Usted tiene que presentarse para su orientación de BTW o a su contratista de BTW asignado, en la fecha, hora y en el local indicados más abajo. Favor de recordar que no se permiten niños en el local del contratista de BTW.

Esta es una cita obligatoria. Si usted no cumple esta cita o no participa como se le requiere, su solicitud de Asistencia en Efectivo puede ser rechazada o sus beneficios actuales de Asistencia en Efectivo y/o SNAP pueden ser reducidos por un período de tiempo determinado. Además, sus beneficios de Asistencia en Efectivo podrían permanecer reducidos o su caso podría cerrarse. El no cumplir los requisitos de trabajo de Asistencia en Efectivo no afecta su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid. Esta cita sólo puede ser programada de nuevo en caso de emergencia; toda emergencia tiene que ser documentada. Si usted no puede asistir a esta cita, favor de llamar al número de teléfono indicado más abajo antes de la hora de su cita para programar otra.

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

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Real Property Tax Credit Notice

Note: As of 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.

Our records indicate that you have lived at the same address for at least six (6) months and that you have paid an average rent of \$450 or less per month. Therefore, you may be eligible to receive a New York State Real Property Tax Credit of up to \$75 for your household (if anyone in your household is age 65 or older, it may be more than \$75).

THE MONEY YOU RECEIVE FROM THIS CREDIT IS YOURS TO KEEP. You do not have to inform your Job Center or Non Cash Assistance Supplemental Nutrition Assistance Program (NCA SNAP) Center when you receive the credit. There will be no change in your Cash Assistance/SNAP benefits because of it.

To help you apply for the credit, we have enclosed a computerized Real Property Tax Credit for Homeowners and Renters (Form **IT-214**), which we have completed using information from our files.

In order to receive your credit, you or your spouse must sign and date the enclosed form at the bottom of page 2, in the area marked by "Taxpayer(s) sign here." You must mail the **form** to: **State Processing Center, P.O. Box 61000, Albany, NY 12261-0001.**

The New York State Department of Taxation and Finance will review the form and determine whether or not you are eligible for the credit. **PLEASE DO NOT CONTACT YOUR JOB CENTER OR NCA SNAP CENTER.**

You are responsible for the accuracy of the information we have provided on the enclosed **IT-214** form on your behalf regarding your residency, whether you can be claimed on another taxpayer's Federal return and the information concerning all of your household members. If we failed to list any individual who is a member of your household, please add the name(s) to the list on page 1 of the enclosed **IT-214** form.

Do not sign the form if any of the financial information is incorrect. You should instead seek the assistance of a qualified tax preparer and/or file a regular **IT-214** form if you are eligible for the credit. Visit the IRS Web site at www.irs.gov/efile for details on filing an income tax return without paying a qualified tax preparer for help.

Do not complete this form if you have already filed an IT-214 form for the current tax year.

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Aviso de Crédito Tributario de Bienes Raíces

Nota: A partir del 29 de agosto, toda referencia al Programa de Cupones para Alimentos en este aviso se denominará el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda referencia a Cupones para Alimentos se denominará beneficios de SNAP.

Según nuestros archivos usted ha vivido en la misma dirección por lo menos seis (6) meses y ha pagado un alquiler mensual promedio de \$450 o menos. Por lo tanto, usted puede tener derecho a recibir un Crédito de Impuestos a Bienes Raíces del Estado de Nueva York (New York State Real Property Tax Credit) de hasta \$75 para su hogar (si alguien en su hogar tiene 65 años de edad o más, el crédito puede sobrepasar los \$75).

EL DINERO QUE USTED RECIBA DE ESTE CRÉDITO ES PARA QUE USTED SE QUEDE CON ÉL. No tiene que informarle a su Centro de Trabajo o Centro del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria de No Asistencia en Efectivo (NCA SNAP) cuando reciba el crédito. No habrá cambio alguno en sus beneficios de Asistencia en Efectivo o SNAP a causa de dicho crédito.

Para ayudarle a solicitar este crédito, hemos adjuntado un formulario electrónico para Crédito de Impuestos a Bienes Raíces para Dueños de Vivienda y Arrendatarios (Real Property Tax Credit for Homeowners and Renters [Form **IT-214**]), el cual hemos llenado con la información de nuestros archivos.

Para poder recibir su crédito, usted y su cónyuge tendrán que firmar y fechar el formulario adjunto al pie de la página 2, en la sección marcada por la "Taxpayer(s) sign here". Envíe por correo **el formulario a: State Processing Center, P.O. Box 61000, Albany, New York 12261-0001.**

El Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York (New York State Department of Taxation and Finance) evaluará el formulario de reclamo y determinará si usted tiene derecho al crédito. **POR FAVOR NO SE COMUNIQUE CON SU CENTRO DE TRABAJO O CON EL CENTRO DE NCA SNAP.**

Usted tiene la responsabilidad de cerciorarse de la exactitud de los datos que hemos proporcionado en el formulario adjunto **IT-214** respecto a su domicilio, si usted puede ser reclamado en la declaración de impuestos federales de otro contribuyente, y los datos acerca de los miembros de su hogar. Si no hemos mencionado a algún miembro de su hogar, favor de añadir el/los nombre(s) en la lista en la página 1 del formulario adjunto **IT-214**.

No firme el formulario si algún dato financiero no está correcto. En tal caso, busque la ayuda de un profesional en la preparación de declaraciones de impuestos y/o presente un formulario normal **IT-214** si tiene derecho al crédito. Visite la página de Internet del IRS, www.irs.gov/efile, para detalles sobre cómo presentar una declaración de impuestos sin el gasto de recurrir a un profesional de preparación de impuestos.

No llene este formulario si usted ya ha presentado un formulario IT-214 para el año tributario actual (current tax year).

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

New York State Nutrition Incentive Program (NYSNIP) Real Property Tax Credit Notice

Note: As of 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.

Our records indicate that you have lived at the same address for at least six (6) months. Therefore, you may be eligible to receive a New York State Real Property Tax Credit of up to \$75 for your household (if anyone in your household is age 65 or older, it may be more than \$75).

THE MONEY YOU RECEIVE FROM THIS CREDIT IS YOURS TO KEEP. You do not have to inform your Non Cash Assistance Supplemental Nutrition Assistance Program (NCA SNAP) Center when you receive the credit. There will be no change in your SNAP benefits because of it.

To help you apply for the credit, we have enclosed a computerized Real Property Tax Credit Form (**IT-214**), which we have partially completed using information from our files. Since you are enrolled in the New York State Nutrition Incentive Program (NYSNIP), other information required to complete the **IT-214** is no longer available to us and therefore must be provided by you.

Please provide information for questions 19, 20, 21, 22, 28, 30, 31 and 33 on the **IT-214** because we are unable to complete them for you. You must provide the information asked for in these questions in order to determine if you qualify for this credit.

In order to receive your credit, you or your spouse must sign and date the enclosed form at the bottom of page 2, in the area marked "Taxpayer(s) sign here." You must mail the **form** to: **State Processing Center, P.O. Box 61000, Albany, NY 12261-0001.**

The New York State Department of Taxation and Finance will review the form and determine whether or not you are eligible for the credit. **PLEASE DO NOT CONTACT YOUR NCA SNAP CENTER.**

You are responsible for the accuracy of the information we have provided on the enclosed **IT-214** form on your behalf regarding your residency, whether you can be claimed on another taxpayer's Federal return and the information concerning all of your household members. If we failed to list any individual who is a member of your household, please add the name to the list on page 1 of the enclosed **IT-214** form. Attach additional sheets if necessary.

Do not sign the form if any of the financial information is incorrect. You should instead seek the assistance of a qualified tax preparer and/or file a regular **IT-214** form if you are eligible for the credit. Visit the IRS Website at www.irs.gov/efile for details on filing an income tax return without paying a qualified tax preparer for help.

Do not complete this form if you have already filed an IT-214 form for the current tax year.

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Programa del Estado de Nueva York de Incentivo de Alimentación (New York State Nutrition Incentive Program – NYSNIP) Aviso de Crédito de Impuestos por Bienes Raíces

Nota: A partir del 29 de agosto, toda referencia al Programa de Cupones para Alimentos en este aviso se denominará el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda referencia a Cupones para Alimentos se denominará beneficios de SNAP.

Según nuestros archivos usted ha vivido en la misma dirección por lo menos seis (6) meses y por lo tanto puede tener derecho a recibir un Crédito de Impuestos de Bienes Raíces de Estado de Nueva York (New York State Real Property Tax Credit) de hasta \$75 para su hogar (si alguien en su hogar tiene 65 años de edad o más, el crédito puede sobrepasar los \$75).

EL DINERO QUE USTED RECIBA DE ESTE CRÉDITO ES PARA QUE USTED SE QUEDE CON EL. Usted no tiene que informarle a su Centro del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria de No Asistencia en Efectivo (NCA SNAP) cuando reciba el crédito. No habrá ningún cambio en sus beneficios del SNAP a causa de dicho crédito.

Para ayudarle a solicitar este crédito, hemos adjuntado un formulario electrónico para Crédito de Impuestos a Bienes Raíces (Real Property Tax Credit Form **IT-214**) y lo hemos llenado parcialmente con la información en nuestros archivos. Debido a que usted está inscrito en el Programa de Incentivo de Alimentación del Estado de Nueva York (NYSNIP), debe proporcionarnos otros datos que no están a nuestra disposición, para llenar el **IT-214**.

Por favor proporcione la información correspondiente a las preguntas 19, 20, 21, 22, 28, 30, 31 y 33 del **IT-214** porque no podemos llenarlos sin su ayuda. Usted debe proveer la información que le estamos pidiendo para determinar si califica para este crédito.

Para poder recibir su crédito, usted y su cónyuge tendrán que firmar y fechar al pie de la página 2 en la sección "Taxpayer (s) sign here" el formulario adjunto. Envíe por correo el formulario a: **State Processing Center, P.O. Box 61000, Albany, NY 12261-0001.**

El Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York (New York State Department of Taxation and Finance) evaluará el formulario y determinará si usted tiene derecho al crédito. **POR FAVOR NO SE COMUNIQUE CON SU CENTRO DE NCA SNAP.**

Usted tiene la responsabilidad de cerciorarse de la exactitud de los datos que hemos proporcionado en el formulario adjunto **IT-214** respecto a su domicilio, si usted puede ser reclamado en la declaración de impuestos federales de otro contribuyente, y los datos acerca de los miembros de su hogar. Si no hemos mencionado a algún miembro de su hogar, favor de añadir el nombre en la lista en la página 1 del formulario adjunto **IT-214**.

No firme el formulario si algún dato financiero no está correcto. En tal caso, busque la ayuda de un profesional en la preparación de declaraciones de impuestos y/o presente un formulario normal **IT-214** si tiene derecho al crédito. Visite la página de Internet del IRS al www.irs.gov/efile para obtener más detalles respecto a cómo presentar una declaración de impuestos sin tener que pagarle a un profesional de preparación de impuestos.

No llene este formulario si usted ya ha presentado un IT-214 para el año tributario actual (current tax year).

Mail Job #513

Date: _____
Center Number: _____
Case Name: _____
Applicant Address: _____

Application File Date: _____

Important Information About Your Application

Note: As of 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.

Since you need to leave the Job Center today before seeing a Worker to complete the electronic application and interview process, we have accepted a paper Statewide Common Application (Form **LDSS-2921**) in order to protect your application filing date. The day after you turn in (file) your application counts as day 1 of your application-filing period.

When you return to the Job Center, please *bring* this form with you and present it to the Receptionist. Please tell the Receptionist that you have already filed an application and need to complete an initial eligibility interview. In order for this agency to process your Cash Assistance application, your interview has been scheduled as follows:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

Cash Assistance Eligibility

When you submit an application for Cash Assistance you must complete an initial eligibility interview within seven (7) business days from your application filing date. Failure to complete an initial interview, without good cause, within the seven (7) business days may result in the DENIAL of your Cash Assistance application.

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Eligibility

Failure to complete the initial eligibility application process and interview, without good cause, within thirty (30) calendar days from the date your application is filed may result in the DENIAL of your application for SNAP.

If you need to reschedule your appointment, please contact the Job Center at the telephone number provided above.

Fecha: _____
Número del Centro: _____
Nombre del Caso: _____
Dirección del Solicitante: _____
Fecha de Presentación de la Solicitud: _____

Información Importante Sobre su Solicitud

Nota: A partir del 29 de agosto, toda referencia al Programa de Cupones para Alimentos en este aviso se denominará el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda referencia a Cupones para Alimentos se denominará beneficios de SNAP.

Debido a que usted necesita irse del Centro de Trabajo hoy antes de reunirse con un Trabajador para llevar a cabo el trámite de solicitud y entrevista electrónicas, hemos aceptado el formulario en papel Estatal de Solicitud Común (**LDSS-2921-SP**) para salvaguardar a fecha de entrega de su solicitud. El día en que usted entrega (presenta) su solicitud se considera el día 1 de su período de solicitud.

Al regresar al Centro de Trabajo, favor de *traer* este formulario con usted y presentarlo a la Recepción. Favor de informar a la Recepción que usted ya ha presentado solicitud y necesita llevar a cabo una entrevista inicial de elegibilidad. Para que esta agencia pueda tramitar su solicitud de Asistencia en Efectivo, su entrevista ha sido programada según se indica a continuación:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Elegibilidad de Asistencia en Efectivo

Al usted presentar solicitud de Asistencia en Efectivo, debe llevar a cabo una entrevista inicial de elegibilidad dentro de siete (7) días laborables de la fecha en que usted presentó su solicitud. El no llevar a cabo la entrevista inicial, sin motivo justificado, dentro de siete (7) días laborables puede resultar en el RECHAZO de su solicitud de Asistencia en Efectivo.

Elegibilidad del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

El no llevar a cabo la entrevista inicial, sin motivo justificado, dentro de treinta (30) días de la fecha en que usted presentó su solicitud puede resultar en el RECHAZO de su solicitud del SNAP.

Si usted necesita reprogramar su cita, favor de comunicarse con el Centro de Trabajo al número de teléfono indicado más arriba.

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Expiration Date: _____
Telephone: _____
Job Center: _____
Action Code: _____

Conciliation Notification

Note: As of 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 notice may affect your household's temporary assistance and SNAP benefits. We believe you have willfully and without good cause refused or failed to comply with a work requirement. You must contact the Job Center by the date mentioned below to explain why you did not comply with work requirements. Otherwise, the temporary assistance and/or SNAP benefits for your household may be reduced or discontinued.

We would like to discuss any problems you may have with work activity requirements and the reason(s) why on _____ you:

SAMPLE

If we cannot reach an agreement about your participation in a work activity, we will make a determination as to whether or not you did willfully and without good cause fail or refuse to report or cooperate.

The following appointment has been scheduled for you to attend an interview with a Conciliation Worker at the address below:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____
Location: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

If you cannot keep this appointment, you may come in any day prior to the expiration date above and ask to speak to a Conciliation Worker.

When you come in, you will have the opportunity to explain to a Conciliation Worker why you did not report or cooperate. The Conciliation Worker acts as a mediator and will try to resolve any problems. It is your responsibility to give the reason(s) why you did not report or cooperate and to provide any evidence that will help document what occurred. The Conciliation Worker may require you to provide documentation to support any reason(s) you give for not reporting or complying with work requirements. Examples of suitable documents may be a letter from your doctor, letter from your child's school, letter from the court, or other similar document explaining why you did not report or cooperate as assigned. You should bring in the document(s) to the meeting with the Conciliation Worker. The Conciliation Worker will use this documentation to determine whether or not you had good cause. Good cause is an event or circumstance beyond your control that prevents you from complying with the work requirements. If it is found you had good cause, you will be excused for the day(s) you did not report to your appointment or your assigned work activity. We will notify you of our decision.

Some examples of good reasons for not complying with a work requirement may include, but are not limited to:

- You or your child was sick on the day of the work activity;
- You had a household emergency;
- You did not have child care for your child who is under the age of 13; or
- You were unable to participate due to a domestic violence situation.

If you have an ongoing physical or mental health limitation that prevents you from participating in a work activity, you will be referred to our medical provider to determine if you should be exempt from the work requirements.

Additionally, if you have an Equal Employment Opportunity (EEO) complaint, the complaint should be brought to the EEO Officer at your location first. If you do not get satisfactory results from this process or you do not want to go to the EEO Officer for some reason, the complaint can be addressed as part of the conciliation/grievance process.

If you do not report to the interview or come in to the Center by the expiration date noted on page 1, you will receive a Notice of Intent advising you that you are not eligible for temporary assistance and/or SNAP, or that your temporary assistance benefits and/or SNAP benefits will be reduced. The notice will give you a 10-day period during which you may request a conference. A conference provides you with the opportunity to resolve the issue of noncompliance. After you receive the Notice of Intent, you are entitled to request a Fair Hearing if you do not agree with our decision. You are entitled to a Fair Hearing even if you do not request a conference.

Please note: Failure to comply with temporary assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.

SAMPLE

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Fecha de Vencimiento: _____
Teléfono: _____
Centro de Trabajo: _____
Código de Acción: _____

Aviso de Conciliación

Nota: A partir del 29 de agosto, toda referencia al Programa de Cupones para Alimentos en este aviso se denominará el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda referencia a Cupones para Alimentos se denominará beneficios de SNAP.

Este aviso puede afectar los beneficios de asistencia temporaria y del SNAP de su hogar. Estimamos que usted ha rehusado, intencionadamente y sin causa justificada, cumplir un requisito de trabajo. Usted tiene que comunicarse con el Centro de Trabajo para la fecha mencionada a continuación, para explicar la razón por la cual usted no cumplió con los requisitos de trabajo. De lo contrario, la asistencia temporaria y/o los beneficios del SNAP de su hogar podrían ser reducidos o discontinuados.

Nos gustaría platicar con usted sobre las dificultades que pueda tener con los requisitos de actividad de trabajo y acerca de la(s) razón(es) por la(s) cual(es) el _____ usted:

SAMPLE

Si no podemos llegar a un acuerdo acerca de su participación en una actividad de trabajo, nosotros determinaremos si usted no se presentó o rehusó cooperar injustificada e intencionalmente.

La siguiente cita ha sido programada para que usted asista a una entrevista con un Trabajador de Conciliación en la dirección indicada más abajo:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____
Local: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Si usted no puede asistir a esta cita, puede venir cualquier día antes de la fecha de vencimiento indicada arriba y solicitar hablar con un Trabajador de Conciliación.

Al presentarse usted tendrá la oportunidad de explicarle al Trabajador de Conciliación por qué no se presentó o no cooperó. El Trabajador de Conciliación actuará de mediador y tratará de resolver cualquier problema. Es responsabilidad suya proporcionar las razones por las cuales usted no se presentó o no cooperó y proporcionar cualquier prueba que sirva para documentar lo sucedido. El Trabajador de Conciliación puede exigirle que usted proporcione documentación para justificar cualquier razón(es) que usted alegue por no presentarse o no cumplir los requisitos de trabajo. Se aceptan los siguientes documentos: carta por parte de su médico, carta por parte de la escuela de sus hijos, carta por parte de la corte, u otro documento similar que explique por qué usted no se presentó o cooperó según la asignación. Usted debe traer los documento(s) a la reunión con el Trabajador de Conciliación. El Trabajador de Conciliación utilizará esta documentación para determinar si usted en realidad tuvo causa justificada o no. Se denomina causa justificada a un suceso o circunstancia ajena a su voluntad que le impide cumplir los requisitos de trabajo. Si se determina que sí tuvo causa justificada, usted será excusado(a) por los días que no se presentó a su cita o a su actividad de trabajo asignada. Nosotros le notificaremos de nuestra decisión.

Algunos ejemplos de razón(es) justificada(s) de no cooperar con el requisito de trabajo podrían incluir , pero no se limitan, a las siguientes:

- Usted o su niño estaban enfermos el día de la actividad laboral;
- Usted tuvo una emergencia en el hogar;
- Usted no tenía quien le cuidara a su niño menor de 13 años de edad; o
- Usted no pudo participar debido a una situación de violencia doméstica.

Si usted tiene una limitación física o mental que le impide participar en una actividad de trabajo, usted será enviado(a) a nuestro proveedor médico para determinar si debe ser eximido de los requisitos de trabajo.

Además, si tiene una queja de Igualdad de Oportunidades de Empleo (Equal Employment Opportunity – EEO), debe presentarla primero en su local ante el funcionario de EEO . Si no obtiene resultados satisfactorios de este proceso o si por algún motivo no desea acudir a un funcionario de EEO, la queja puede ser incluida como parte del proceso de conciliación/agravios.

Si usted no se presenta a la entrevista, o no se presenta al Centro para la fecha de vencimiento indicada en la página 1, usted recibirá un Aviso de Intención (Notice of Intent) informándole que no es elegible para recibir asistencia temporaria y/o beneficios del SNAP, o que sus beneficios de asistencia temporaria y/o del SNAP, serán reducidos. El aviso le proporcionará un período de 10 días durante el cual puede solicitar una conferencia que le brindará la oportunidad de resolver la disputa sobre el incumplimiento. Después de recibir el Aviso de Intención usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial si no está de acuerdo con nuestra decisión. Usted tiene derecho a una Audiencia Imparcial aún si no solicita conferencia.

Favor de notar: El incumplimiento de los requisitos de trabajo de asistencia temporaria no afecta su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.

SAMPLE

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Expiration Date: _____
Telephone: _____
Job Center: _____
Action Code: _____

Conciliation Notification for Activity Period Continued

NOTE: As of 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 notice may affect your household's temporary assistance and SNAP benefits. We believe you have willfully and without good cause refused or failed to comply with a work requirement. You must contact the Job Center by the date mentioned below to explain why you did not comply with work requirements. Otherwise, the temporary assistance and/or SNAP benefits for your household may be reduced or discontinued.

We would like to discuss any problems you may have with work activity requirements and the reason(s) why you:

Either you did not meet the minimum number of work hours required or failed to cooperate during the period of _____ through _____. If we cannot reach an agreement about your participation in a work activity, we will make a determination as to whether or not you did willfully and without good cause fail or refuse to report or cooperate. You may continue your work activity while a determination is being made. Child care and transportation services will continue as long as you participate.

The following appointment has been scheduled for you to attend an interview with a Conciliation Worker at the address below:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____
Location: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

If you cannot keep this appointment, you may come in any day prior to the expiration date above and ask to speak to a Conciliation Worker.

When you come in, you will have the opportunity to explain to a Conciliation Worker why you did not report or cooperate. The Conciliation Worker acts as a mediator and will try to resolve any problems. It is your responsibility to give the reason(s) why you did not report or cooperate and to provide any evidence that will help document what occurred. The Conciliation Worker may require you to provide documentation to support any reason(s) you give for not reporting or complying with work requirements. Examples of suitable documents may be a letter from your doctor, letter from your child's school, letter from the court, or other similar document explaining why you did not report or cooperate as assigned. You should bring in the document(s) to the meeting with the Conciliation Worker. The Conciliation Worker will use this documentation to determine whether or not you had good cause. Good cause is an event or circumstance beyond your control that prevents you from complying with the work requirements. If it is found you had good cause, you will be excused for the day(s) you did not report to your appointment or your assigned work activity. We will notify you of our decision.

Some examples of good reasons for not complying with a work requirement may include, but are not limited to:

- You or your child was sick on the day of the work activity;
- You had a household emergency;
- You did not have child care for your child who is under the age of 13; or
- You were unable to participate due to a domestic violence situation.

If you have an ongoing physical or mental health limitation that prevents you from participating in a work activity, you will be referred to our medical provider to determine if you should be exempt from the work requirements.

Additionally, if you have an Equal Employment Opportunity (EEO) complaint, the complaint should be brought to the EEO Officer at your location first. If you do not get satisfactory results from this process or you do not want to go to the EEO Officer for some reason, the complaint can be addressed as part of the conciliation/grievance process.

If you do not report to the interview or come in to the Center by the expiration date noted on page 1, you will receive a Notice of Intent advising you that you are not eligible for temporary assistance and/or SNAP, or that your temporary assistance benefits and/or SNAP will be reduced. The notice will give you a 10-day period during which you may request a conference. A conference provides you with the opportunity to resolve the issue of noncompliance. After you receive the Notice of Intent, you are entitled to request a Fair Hearing if you do not agree with our decision. You are entitled to a Fair Hearing even if you do not request a conference.

Please note: Failure to comply with temporary assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.

SAMPLE

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Fecha de Vencimiento: _____
Teléfono: _____
Centro de Trabajo: _____
Código de Acción: _____

Aviso de Conciliación para la Continuación del Período de Actividad

NOTA: A partir del 29 de agosto, toda referencia al Programa de Cupones para Alimentos en este aviso se denominará el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda referencia a Cupones para Alimentos se denominará beneficios de SNAP.

Este aviso puede afectar la asistencia temporaria y los beneficios del SNAP de su hogar. Estimamos que usted ha rehusado, intencionadamente y sin causa justificada, cumplir un requisito de trabajo. Usted tiene que comunicarse con el Centro de Trabajo para la fecha mencionada a continuación, para explicar la razón por la cual no cumplió con los requisitos de trabajo, o de lo contrario la asistencia temporaria y/o los beneficios de SNAP de su hogar podrían ser reducidos o discontinuados.

Nos gustaría platicar con usted sobre las dificultades que pueda tener con los requisitos de actividad de trabajo y acerca de la (s) razón(es) por la(s) cual(es) usted:

SAMPLE

Usted no reunió el número de horas requeridas o no cooperó durante el período de _____ a _____. Si no podemos llegar a un acuerdo acerca de su participación en una actividad de trabajo, decidiremos si usted no se presentó o rehusó cooperar injustificada e intencionalmente. Puede continuar con su actividad de trabajo mientras se tome la decisión. Los servicios de cuidado infantil y de transporte continuarán, siempre y cuando usted siga participando.

La siguiente cita ha sido programada para que usted asista a una entrevista con un Trabajador de Conciliación en la dirección indicada más abajo:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____
Local: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Si usted no puede asistir a esta cita, puede venir cualquier día antes de la fecha de vencimiento indicada arriba y solicite hablar con un Trabajador de Conciliación.

Al presentarse usted tendrá la oportunidad de explicarle al Trabajador de Conciliación por qué no se presentó o no cooperó. El Trabajador de Conciliación actuará de mediador y tratará de resolver cualquier problema. Usted tiene la responsabilidad de proporcionar la(s) razón(es) por la(s) cual(es) no se presentó o no cooperó y de proveer cualquier evidencia que ayude a documentar lo ocurrido. El Trabajador de Conciliación puede exigirle que usted proporcione documentación para justificar cualquier razón(es) que usted alegue por no presentarse o no cumplir los requisitos de trabajo. Se aceptan los siguientes documentos: carta por parte de su médico, carta por parte de la escuela de sus hijos, carta por parte de la corte, u otro documento similar que explique por qué usted no se presentó o no cooperó según la asignación. Usted debe traer los documento(s) a la reunión con el Trabajador de Conciliación. El Trabajador de Conciliación utilizará esta documentación para determinar si usted en realidad tuvo causa justificada o no. Se denomina causa justificada a un suceso o circunstancia ajena a su voluntad que le impide cumplir los requisitos de trabajo. Si se determina que sí tuvo causa justificada, usted será excusado(a) por los días que no se presentó a su cita o a su actividad de trabajo asignada. Nosotros le notificaremos de nuestra decisión.

Algunos ejemplos de razón(es) justificadas de no cooperar con el requisito de trabajo podrían incluir, pero no se limitan, a las siguientes:

- Usted o su niño estaban enfermos el día de la actividad laboral;
- Usted tuvo una emergencia en el hogar;
- Usted no tenía quien le cuidara a su niño menor de 13 años de edad; o
- Usted no pudo participar debido a una situación de violencia doméstica.

Si usted tiene un problema de salud físico o mental que le impida participar en una actividad de trabajo, usted será enviado a nuestro proveedor médico para determinar si debe ser eximido de los requisitos de trabajo.

Además, si tiene una queja de Igualdad de Oportunidades de Empleo (Equal Employment Opportunity – EEO), debe presentarla primero ante el funcionario de EEO de su Agencia. Si no obtiene resultados satisfactorios de este proceso o si por algún motivo no desea acudir a un funcionario de EEO, la queja puede ser incluida como parte del proceso de conciliación/agravios.

Si usted no se presenta a la entrevista o al Centro para la fecha de vencimiento indicada en la página 1, usted recibirá un Aviso de Intención (Notice of Intent) que le informará de que no es elegible para asistencia temporaria y/o beneficios de SNAP, o que sus beneficios de asistencia temporaria serán reducidos. El aviso le proporcionará un período de diez (10) días durante el cual puede solicitar una conferencia que le brindará la oportunidad de resolver la disputa sobre el incumplimiento. Después de recibir el Aviso de Intención, usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial si no está de acuerdo con nuestra decisión. Usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial aún si no solicita una conferencia.

Favor de notar: El incumplimiento de los requisitos de trabajo de asistencia temporaria no afecta su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.

SAMPLE

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Expiration Date: _____
Telephone: _____
Job Center: _____
Action Code: _____

Conciliation Notification for Activity Period Discontinued

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

This notice may affect your household's temporary assistance and SNAP benefits. We believe you have willfully and without good cause refused or failed to comply with a work requirement. You must contact the Job Center by the date mentioned below to explain why you did not comply with work requirements. Otherwise, the temporary assistance and/or SNAP benefits for your household may be reduced or discontinued.

We would like to discuss any problems you may have with work activity requirements and the reason(s) why you:

SAMPLE

Either you did not meet the minimum number of work hours required or failed to cooperate during the period of _____ through _____. If we cannot reach an agreement about your participation in a work activity, we will make a determination as to whether or not you did willfully and without good cause fail or refuse to report or cooperate. Until a determination is reached, you must stop participating in the assigned work activity. Although your child care will continue, your transportation services have been terminated.

The following appointment has been scheduled for you to attend an interview with a Conciliation Worker at the address below:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____
Location: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

If you cannot keep this appointment, you may come in any day prior to the expiration date above and ask to speak to a Conciliation Worker.

When you come in, you will have the opportunity to explain to a Conciliation Worker why you did not report or cooperate. The Conciliation Worker acts as a mediator and will try to resolve any problems. It is your responsibility to give the reason(s) why you did not report or cooperate and to provide any evidence that will help document what occurred. The Conciliation Worker may require you to provide documentation to support any reason(s) you give for not reporting or complying with work requirements. Examples of suitable documents may be a letter from your doctor, letter from your child's school, letter from the court, or other similar document explaining why you did not report or cooperate as assigned. You should bring in the document(s) to the meeting with the Conciliation Worker. The Conciliation Worker will use this documentation to determine whether or not you had good cause. Good cause is an event or circumstance beyond your control that prevents you from complying with the work requirements. If it is found you had good cause, you will be excused for the day(s) you did not report to your appointment or your assigned work activity. We will notify you of our decision.

Some examples of good reasons for not complying with a work requirement may include, but are not limited to:

- You or your child was sick on the day of the work activity;
- You had a household emergency;
- You did not have child care for your child who is under the age of 13; or
- You were unable to participate due to a domestic violence situation.

If you have an ongoing physical or mental health limitation that prevents you from participating in a work activity, you will be referred to our medical provider to determine if you should be exempt from the work requirements.

Additionally, if you have an Equal Employment Opportunity (EEO) complaint, the complaint should be brought to the EEO Officer at your location first. If you do not get satisfactory results from this process or you do not want to go to the EEO Officer for some reason, the complaint can be addressed as part of the conciliation/grievance process.

If you do not report to the interview or come in to the Center by the expiration date noted on page 1, you will receive a Notice of Intent advising you that you are not eligible for temporary assistance and/or SNAP, or that your temporary assistance benefits and/or SNAP will be reduced. The notice will give you a 10-day period during which you may request a conference. A conference provides you with the opportunity to resolve the issue of noncompliance. After you receive the Notice of Intent, you are entitled to request a Fair Hearing if you do not agree with our decision. You are entitled to a Fair Hearing even if you do not request a conference.

Please note: Failure to comply with temporary assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.

SAMPLE

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Fecha de Vencimiento: _____
Teléfono: _____
Centro de Trabajo: _____
Código de Acción: _____

Aviso de Conciliación del Período de Actividad Discontinuado

NOTA: A partir del 29 de agosto, toda referencia al Programa de Cupones para Alimentos en este aviso se denominará el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda referencia a Cupones para Alimentos se denominará beneficios de SNAP.

Este aviso puede afectar la asistencia temporaria y los beneficios del SNAP de su hogar. Estimamos que usted ha rehusado, intencionadamente sin causa justificada, cumplir un requisito de trabajo. Usted tiene que comunicarse con el Centro de Trabajo para la fecha mencionada a continuación, para explicar la razón por la cual no cumplió con los requisitos de trabajo, o de lo contrario la asistencia temporaria y/o los beneficios de SNAP de su hogar podrían ser reducidos o discontinuados.

Nos gustaría platicar con usted sobre las dificultades que pueda tener con los requisitos de actividad de trabajo y acerca de la(s) razón(es) por la(s) cual(es) usted:

SAMPLE

Usted no cumplió el requisito mínimo de horas de trabajo o no cooperó como debido durante el período de _____ al _____. Si no podemos llegar a un acuerdo acerca de su participación en una actividad de trabajo, decidiremos por nuestra parte si usted no se presentó o rehusó cooperar injustificada e intencionadamente. Hasta que se tome dicha decisión, usted tiene que dejar de participar en la actividad de trabajo asignada. Además, aunque su cuidado infantil continuará, sus servicios de transporte han sido terminados.

La siguiente cita ha sido programada para que usted asista a una entrevista con un Trabajador de Conciliación en la dirección indicada más abajo:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____
Local: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Si usted no puede asistir a esta cita, puede venir cualquier día antes de la fecha de vencimiento indicada más arriba y solicite hablar con un trabajador de conciliación.

Al presentarse usted tendrá la oportunidad de explicarle al Trabajador de Conciliación por qué no se presentó o no cooperó. El Trabajador de Conciliación actuará de mediador y tratará de resolver cualquier problema. Es responsabilidad suya proporcionar las razones por las cuales usted no se presentó o no cooperó y proporcionar cualquier prueba que sirva para documentar lo sucedido. El Trabajador de Conciliación puede exigirle que usted proporcione documentación para justificar cualquier razón(es) que usted alegue por no presentarse o no cumplir los requisitos de trabajo. Se aceptan los siguientes documentos: carta por parte de su médico, carta por parte de la escuela de sus hijos, carta por parte de la corte, u otro documento similar que explique por qué usted no se presentó o cooperó según la asignación. Usted debe traer los documento(s) a la reunión con el Trabajador de Conciliación. El Trabajador de Conciliación utilizará esta documentación para determinar si usted en realidad tuvo causa justificada o no. Se denomina causa justificada a un suceso o circunstancia ajena a su voluntad que le impide cumplir los requisitos de trabajo. Si se determina que sí tuvo causa justificada, usted será excusado(a) por los días que no se presentó a su cita o a su actividad de trabajo asignada. Nosotros le notificaremos de nuestra decisión.

Algunos ejemplos de razón(es) justificada(s) de no cooperar con el requisito de trabajo podrían incluir , pero no se limitan, a las siguientes:

- Usted o su niño estaban enfermos el día de la actividad laboral;
- Usted tuvo una emergencia en el hogar;
- Usted no tenía quien le cuidara a su niño menor de 13 años de edad; o
- Usted no pudo participar debido a una situación de violencia doméstica.

Si usted tiene una limitación física o mental que le impide participar en una actividad de trabajo, usted será enviado(a) a nuestro proveedor médico para determinar si debe ser eximido de los requisitos de trabajo.

Además, si tiene una queja de Igualdad de Oportunidades de Empleo (Equal Employment Opportunity – EEO), debe presentarla primero en su local ante el funcionario de EEO . Si no obtiene resultados satisfactorios de este proceso o si por algún motivo no desea acudir a un funcionario de EEO, la queja puede ser incluida como parte del proceso de conciliación/agravios.

Si usted no se presenta a la entrevista o al Centro para la fecha de vencimiento indicada en la página 1, revisaremos la evidencia para decidir si su ausencia o falta de cooperación fueron intencionales e injustificadas. Si determinamos que injustificada e intencionalmente usted faltó o rehusó cumplir con los requisitos de actividad de trabajo, usted recibirá un Aviso de Intención (Notice of Intent) que le informará de que no es elegible para asistencia temporaria y/o beneficios de SNAP, o que sus beneficios de asistencia temporaria serán reducidos. El aviso le proporcionará un período de 10 días durante el cual puede solicitar una conferencia que le brindará la oportunidad de resolver la disputa sobre el incumplimiento. Después de recibir el Aviso de Intención, usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial si no está de acuerdo con nuestra decisión. Usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial aún si no solicita una conferencia.

Favor de notar: El incumplimiento de los requisitos de trabajo de asistencia temporaria no afecta su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.

SAMPLE

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Caseload: _____
Worker Name: _____
Worker Phone: _____
FH&C Phone: _____
Recertification Process: _____

Notice of Recertification Appointment

NOTE: As of 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 letter is to inform you that in order to assist us in determining if you continue to be eligible for the receipt of Cash Assistance, Medical Assistance and/or SNAP, you must be recertified as follows:

1

SAMPLE

Your Recertification will take place.

Date: _____ Time: _____
Location: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

Other:

2

To reschedule your interview

Phone Number: _____

3

The following adult individual(s), who according to our records is/are 18 years of age or older

4

5

The following case member(s) must be finger imaged. Arrangements will be made at the interview to be finger imaged.

6

Provide Social Security Number for

7

Be sure to read the "Interview/Application Rights for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits" section of this notice.

Depending on the program(s) for which you are recertifying, you will need to provide information on and proof of the items checked below that explain your current situation and how it has changed. If you need any help getting this proof, please let your Worker know as soon as possible.

If the Center you report to requires a paper recertification application, it will be provided to you when you arrive for your interview. If you are reporting to a Center that uses a paperless computer system, your recertification application will be completed and filed on the computer. You will be assisted with this electronic recertification process. Regardless of how you file your recertification application, you must provide all documents requested in this appointment notice at the time of your face-to-face interview or through the mail-in interview process.

Cash Assistance: Proof of Documents – You will need to:

- provide information about the people in your home;
- prove that the people who get assistance live in your home;
- show proof of expenses (such as rent, utilities, child care);
- show proof of any income you get;
- show proof of any assets you have;
- show proof of any changes in your living situation, such as change in household size.

SNAP Benefits Documents – You will need to provide current proof of any of the following that apply:

- earned income for the past four (4) weeks;
- any change of \$100 or more in the amount of your household's monthly unearned income;
- any medical expenses since you last applied or were recertified for anyone in your household who is 60 years of age or older or disabled;
- any change in your living situation such as changes in income, resources, shelter (rent, utility, heat, telephone, etc.), family size, child care costs and any other changes.

Child Care Notice

To participate in a work activity, if you have children under the age of 13, you may need to make child care arrangements. If you have a child care provider, have him/her complete the child care provider enrollment form, **which is being sent to you in a separate envelope**, and submit it with your recertification application.

What happens if I do not

8

Cash Assistance – If you do not

9

we will think that you do not want Cash Assistance. We will then close your Cash Assistance case and send you a notice informing you of the closing date. This decision is based on 18 NYCRR § 351.22.

Medical Assistance – A face-to-face interview is not required to continue your medical assistance. However, you must report any changes in address, income, resources or household size to this department.

SNAP Benefits – If you submit your recertification application by

_____ and are still eligible, you will receive uninterrupted SNAP benefits. However, you will not get
Last Day of Certification Period

SNAP benefits after _____ unless you are recertified.
Last Day of Certification Period

If you, a member of your household or your authorized representative do not

10

you will not get SNAP benefits unless you apply again and are eligible.

If any proof is still needed after

11

you will be told what you need to submit and you will have at least ten (10) days to submit it. This decision is based on 18 NYCRR § 387.17.

What If I No Longer Want or Need Assistance?

If you do not want or need Cash Assistance, SNAP benefits and/or medical assistance, please tell us. If you want any of these benefits to stop, check the box(es) below next to the benefit(s) and tell us the reason why. It is important for you to tell us why you want your case closed because, depending on the reason, you may be able to get medical assistance for up to a year. You may also be able to get help with your child care expenses.

If you check any of the box(es) below, sign, date and send this form to the address of the Job Center listed on page 1 of this form.

SAMPLE

- I do not want or need CASH ASSISTANCE. (If you check this box but still want SNAP benefits, you must submit a recertification application in the manner explained on page 4 in the Interview/Application Rights for SNAP Benefits section of this notice. Your medical assistance will continue unless you also check the next box.)
- I do not want MEDICAL ASSISTANCE.
- I do not want SNAP benefits.

Reason:

Participant's Signature

Case Number

Date Signed

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE INTERVIEW/APPLICATION RIGHTS FOR
SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM BENEFITS AND THE
CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION SECTION OF THIS NOTICE FOR
HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

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

You have a right to:

- request that the SNAP 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 SNAP 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 SNAP 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 SNAP benefits at the Social Security office instead of turning in your recertification form at the SNAP 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 SNAP Benefits section of this notice. They will interview you and send your application and supporting documents to the SNAP Center to see if you can still get SNAP benefits.

SAMPLE

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 redetermined. For further information, please contact your Worker.
- If you are getting Cash Assistance, medical assistance or SNAP 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, SNAP 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.

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 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: _____
 First Name M.I. Last Name
Address: _____ Telephone: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Nombre del Trabajador: _____
Teléfono del Trabajador: _____
Teléfono de FH&C: _____
Proceso de Recertificación: _____

Aviso de Cita de Recertificación

Nota: A partir del 29 de agosto, toda referencia al Programa de Cupones para Alimentos en este aviso se denominará el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda referencia a Cupones para Alimentos se denominará beneficios de SNAP.

Esta carta es para informarle de que para que podamos determinar si usted aún es elegible respecto a Asistencia en Efectivo, asistencia médica y/o SNAP, se tiene que recertificar como se indica a continuación:

Su Recertificación tendrá lugar en:

Fecha: _____ Hora: _____
Local: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Otro:

Para cambiar su cita

Número de Teléfono: _____

Los siguientes adultos, que de acuerdo con nuestros archivos tienen 18 años de edad o más

A los siguientes miembros del caso se le tienen que tomar imágenes digitales. Durante la entrevista se harán los arreglos para tomar las imágenes digitales.

Proporcione el Número de Seguro Social de

Asegúrese de leer la sección de este aviso llamada "Derechos Relativos a su Entrevista/Solicitud de Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)."

Dependiendo del programa(s) para el cual se está recertificando, usted tendrá que proporcionar información y pruebas de los asuntos marcados a continuación que explican su situación actual y cómo ha cambiado. Si necesita cualquier ayuda para obtener dichas pruebas, favor de informar a su Trabajador lo más pronto posible.

Si el Centro al que usted se presente requiere que la solicitud de recertificación sea de papel, dicha solicitud se le proveerá al usted llegar a su entrevista. Si de lo contrario, usted se presenta a un Centro que utiliza un sistema computarizado sin papel, su solicitud de recertificación será llenada y procesada por computadora. Además, usted recibirá ayuda durante dicho proceso electrónico de recertificación. Sin embargo, ya sea que usted presente su solicitud en papel o no, usted tiene que proporcionar todos los documentos requeridos en este aviso de cita al presentarse a su entrevista en persona o si se entrevista por correo.

Asistencia en Efectivo: Documentos Comprobantes – Usted tendrá que:

- proporcionar información sobre las personas en su hogar;
- probar que las personas que reciben asistencia viven en su hogar;
- presentar pruebas de gastos (tales como el alquiler, electricidad y/o gas, cuidado infantil);
- presentar pruebas de todo ingreso que reciba;
- presentar pruebas de todo bien que posea;
- presentar pruebas de cualquier cambio en su situación de vivienda, tal como el número de miembros de su hogar.

Documentos de Beneficios de SNAP – Usted tendrá que proporcionar pruebas actuales de lo siguiente, si corresponde:

- ingreso salarial de las últimas cuatro (4) semanas;
- cualquier cambio de \$100 o más en la cantidad de los ingresos mensuales no salariales del hogar;
- todo gasto médico posterior a su última solicitud o recertificación de cualquier persona incapacitada o de 60 años de edad o mayor en su hogar;
- cualquier cambio en su situación de vivienda, tal como en su ingreso, recursos financieros, vivienda (alquiler, electricidad y/o gas, calefacción, teléfono, etc.), tamaño de la familia, gastos de cuidado infantil o cualquier otro cambio.

Aviso respecto a Cuidado Infantil

Para participar en una actividad de trabajo, si tiene niños menores de 13 años de edad, puede que tenga que hacer arreglos de cuidado infantil. Si tiene un proveedor de cuidado infantil, encárguese de que él o ella llene el formulario de inscripción del proveedor de cuidado infantil **que se le ha enviado en un sobre por separado** y preséntelo con su solicitud de recertificación.

¿Qué sucede si no

Asistencia en Efectivo – Si usted no

supondremos que usted no desea recibir Asistencia en Efectivo. Dada la situación, cerraremos su caso de Asistencia en Efectivo y le enviaremos un aviso que le informará de la fecha del cierre. Esta decisión se basa en 18 NYCRR § 351.22.

Asistencia Médica – No se le requiere entrevista en persona para continuar su asistencia médica. Sin embargo, usted tiene que reportar a este departamento cualquier cambio de dirección, ingresos, recursos o número de miembros del hogar.

Beneficios de SNAP – Si usted presenta su solicitud de recertificación antes del _____

Último Día del Período de Certificación

y aún es elegible, recibirá beneficios de SNAP sin interrupción. Sin embargo, usted no recibirá beneficios de SNAP después del _____ a menos que se haya recertificado.

Último Día del Período de Certificación

Si usted, un miembro de su hogar, o su representante autorizado no

usted no recibirá beneficios de SNAP a menos que solicite de nuevo y que sea elegible. Si aún se necesitan más pruebas después de

se le informará de lo que necesita presentar y tendrá por lo menos diez (10) días para presentarlo. Esta decisión se basa en 18 NYCRR § 387.17.

¿Qué Sucede Si no Necesito ni Deseo Asistencia?

Favor de informarnos si usted no desea o no necesita Asistencia en Efectivo, beneficios de SNAP y/o asistencia médica. Si desea que cualquiera de estos beneficios sean suspendidos, marque la(s) casilla(s) más abajo al lado del beneficio(s) y díganos la razón de ello. Es importante que nos diga el motivo por el cual desea cerrar su caso, debido a que dependiendo del motivo, podría recibir asistencia médica hasta por un año. Además tal vez pueda obtener ayuda para sus gastos de cuidado infantil.

Si usted marca alguna(s) de las casilla(s) más abajo, firme, feche y envíe este formulario a la dirección del Centro de Trabajo indicado en la primera página de este formulario.

- No deseo ni necesito ASISTENCIA EN EFECTIVO (Si usted marca esta casilla pero aún desea Beneficios de SNAP, tiene que presentar la solicitud de recertificación del modo explicado en la sección de Derechos Relativos a su Entrevista/Solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos en la página 4 de este aviso. Su asistencia médica continuará a menos que también marque la siguiente casilla.)
- No deseo ASISTENCIA MÉDICA.
- No deseo BENEFICIOS DE SNAP.

Motivo:

Firma del Participante

Número del Caso

Fecha de la Firma

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE DERECHOS RELATIVOS A SU ENTREVISTA/SOLICITUD DE BENEFICIOS DE SNAP 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 del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Usted tiene el derecho de:

- solicitar que se le excuse de la entrevista de SNAP 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 de SNAP. 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 de SNAP 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 de SNAP en la oficina del Seguro Social en vez de presentar su formulario de recertificación a la Oficina de SNAP. 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 de SNAP de este aviso. Ellos le entrevistarán y enviarán su solicitud con documentos correspondientes a la oficina de beneficios de SNAP para determinar si aún usted puede recibir beneficios de SNAP.

Servicios e Información Adicional

- 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 de SNAP, 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 de SNAP 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: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) POR INTERNET:** Llene una solicitud de formulario electrónico conectándose a:
<http://www.otda.ny.gov/bah/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 cómo revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

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

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública, asistencia médica o servicios sociales y noventa (90) días para asuntos de SNAP.

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: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre _____ I. Apellido _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____