



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 # 12-74-OPE

(This Policy Bulletin obsoletes PB #08-09-OPE and PB #12-22-OPE)

REVISIONS TO FORMS M-5B, W-129EE, W-129RR, W-129RR (INSERT), W-130G, W-130Y, W-132S, W-132T, W-137H AND W-203H

| Date: August 21, 2012 | Subtopic: Forms |
|--|--|
| <p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> | <p>The purpose of this policy bulletin is to inform all Non Cash Assistance Food Stamp (NCA FS) Center staff that New York State Legislature and the New York State Governor’s Office 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"> • Notice of Transfer of Case to SNAP Center (M-5b) • Notice of Intent to Discontinue Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits (W-129EE) • Notice of Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Recertification Appointment (W-129RR) • Notice of Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Recertification Appointment (W-129RR) (Insert) • Notice of Intent to Discontinue Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits (Timely) (W-129S) • Action Taken on Your Request for Replacement Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits Stolen from the EBT System (W-130G) |

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

- Notice of Intent to Reduce Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits to Recover Over issuance (Timely and Adequate) (**W-130Y**)
- Notice of Documentation Required-Change in Household Circumstances (**W-132S**)
- Notice to Households With Authorized Representatives For Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (**W-132T**)
- Outcome of Review for Restored Supplemental Nutrition Assistance Prom (SNAP) Benefits (**W-137H**)
- Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Certification Schedules (**W-203H**)

Additional revisions to form **W-203H**:

- All schedule dates have been updated
- The Agency logo has been updated
- The following note has been added under each “6-month Certification Period” Column: “(Enter Dates on **LDSS-3152**)”

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

Samples of the forms are attached.

Effective Immediately

Related Items:

[PB #07-138-OPE](#)


[PD #10-20-OPE](#)

[PD #11-25-OPE](#)

[PB #11-67-OPE](#)

Attachments:

| | |
|--------------------|--|
| M-5b | Notice of Transfer of Case to SNAP Center (Rev. 8/21/12) |
| W-129EE | Notice of Intent to Discontinue Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits (Rev. 8/21/12) |
| W-129EE (S) | Notice of Intent to Discontinue Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits (Spanish) (Rev. 8/21/12) |
| W-129RR | Notice of Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Recertification Appointment (Rev. 8/21/12) |

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

| | |
|-----------------------------|---|
| W-129RR (S) | Notice of Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Recertification Appointment (Spanish) (Rev. 8/21/12) |
| W-129RR (Insert) | Notice of Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Recertification Appointment (Rev. 8/21/12) |
| W-129RR (Insert) (S) | Notice of Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Recertification Appointment (Rev. 8/21/12) |
| W-130G | Action Taken on Your Request for Replacement Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits Stolen from the EBT System (Rev. 8/21/12) |
| W-130G (S) | Action Taken on Your Request for Replacement Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits Stolen from the EBT System (Spanish) (Rev. 8/21/12) |
| W-130Y | Notice of Intent to Reduce Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits to Recover Over issuance (Timely and Adequate) (Rev. 8/21/12) |
| W-130Y (S) | Notice of Intent to Reduce Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits to Recover Over issuance (Timely and Adequate) (Spanish) (Rev. 8/21/12) |
| W-132S | Notice of Documentation Required-Change in Household Circumstances (Rev. 8/21/12) |
| W-132S (S) | Notice of Documentation Required-Change in Household Circumstances (Spanish) (Rev. 8/21/12) |
| W-132T | Notice to Households With Authorized Representatives For Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (8/21/12) |
| W-132T (S) | Notice to Households With Authorized Representatives For Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Spanish) (8/21/12) |
| W-137H | Outcome of Review for Restored Supplemental Nutrition Assistance Prom (SNAP) Benefits (Rev. 8/21/12) |
| W-137H (S) | Outcome of Review for Restored Supplemental Nutrition Assistance Prom (SNAP) Benefits (Spanish) (Rev. 8/21/12) |
| W-203H | Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Certification Schedules (Rev. 8/21/12) |

Número del Caso: _____

**Aviso de Traslado de Caso
al Centro del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)
(Prepare una Copia)**

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.

Ya que usted no recibe beneficios de Asistencia en Efectivo, pero sigue elegible para recibir beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), cambiaremos el caso al Centro de SNAP.

SAMPLE

Vigente _____ Su caso será transferido a:

Centro del SNAP: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Nombre del Supervisor/Trabajador

Fecha

Número del Grupo

(See Other Side)

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

Notice of Intent to Discontinue Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits

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 is to inform you that we intend to discontinue your SNAP benefits effective _____ for the following reason:

Our records indicate that you are receiving child support incentive payments from this agency. This income is not considered in determining your Cash Assistance grant but must be considered in determining your SNAP benefit level. When your SNAP benefits were recalculated to include the child support incentive payments, it was determined that your household was no longer eligible for SNAP benefits.

The enclosed "Your Financial Facts" shows all of the financial information on our computer file that was used to calculate your revised eligibility, including the amount of the child support incentive payment that has been budgeted.

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

Your Financial Facts

Previous Net SNAP

Previous Monthly Allotment Amount

New Net SNAP Income

New Monthly Allotment Amount

A. Monthly Income

| | |
|---|--|
| 1. Monthly gross income from earnings | |
| 2. Net monthly income from boarder/lodger or lodger | |
| 3. Total of lines 1 and 2 | |
| 4a. Monthly gross unearned SSA income | |
| 4b. Monthly gross unearned SSI income | |
| 4c. Other monthly gross unearned income | |
| 5. Total of lines 3, 4a, 4b and 4c | |
| 6. Monthly legally obligated child support payment | |
| 7. Line 5 minus line 6 | |

C. Adjusted Income

14. Subtract **B** from **A** (line 13 from line 7)

| | |
|---|--|
| D. Shelter Costs | |
| 15. Monthly rent or mortgage actually paid | |
| 16. Monthly heating expense | |
| 17. Monthly utility expense | |
| 18. Monthly telephone expense | |
| 19. Other monthly shelter expense (real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.) | |
| 20. Total of lines 15, 16, 17, 18 and 19 | |

B. Deductions

| | |
|---|--|
| 8. 20% of line 3 | |
| 9. Monthly standard deduction | |
| 10. Monthly child care/dependent care costs (maximum) | |
| 11. Homeless shelter deduction | |
| 12. Monthly medical expenses (less \$35 deductible) | |
| 13. Total lines 8, 9, 10, 11 and 12 | |

E. SNAP Net Income

| | |
|--|--|
| 21. Excess shelter deduction (line 20 minus 1/2 of line 14) | |
| 22. Monthly net SNAP income (Subtract line 21 from line 14.) | |
| 23. Monthly allotment amount | |

SNAP

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 Benefit[s] 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, in writing, by fax, in person or online.

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

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

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

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

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

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on **page 1** of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Continuing Your Benefit(s): Your benefit(s) will continue unchanged, until a Fair Hearing decision is issued, if you ask for a Fair Hearing before the effective date stated in this notice. However, SNAP Benefits cannot be continued beyond the last date of your SNAP certification period if you failed to recertify your SNAP case (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:

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: _____
Número de Integrantes de la Familia: _____
Centro: _____
Número de Teléfono de FH&C: _____

Aviso de Intención de Descontinuar Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

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.

Queremos informarle de la intención de discontinuar sus beneficios del SNAP a partir del _____ por la siguiente razón:

Nuestros archivos indican que usted está recibiendo incentivos de pagos para mantenimiento de niños mediante esta agencia. Este ingreso no es considerado en la determinación de su concesión de asistencia en efectivo, pero debe ser considerado para determinar el nivel de sus beneficios del SNAP. Cuando sus beneficios del SNAP fueron recalculados incluyendo los pagos para mantenimiento de niños, se llegó a la conclusión de que su hogar ya no es elegible para recibir beneficios del SNAP.

La hoja adjunta "Sus Datos Económicos" muestra toda la información financiera en nuestro archivo computarizado que se utilizó para recalcular su elegibilidad respecto a los beneficios del SNAP, incluyendo la cantidad presupuestada de los incentivos de pagos para manutención de niños.

**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.**

Sus Datos Económicos

Ingreso Neto Anterior de SNAP

Cantidad Mensual de la Asignación Anterior

Nuevo Ingreso Neto de SNAP

Nueva Cantidad Mensual de Asignación

A. Ingreso Mensual

| | |
|---|--|
| 1. Ingreso bruto mensual de salario | |
| 2. Ingreso neto mensual de huésped/inquilino o de inquilino | |
| 3. Suma de las líneas 1 y 2 | |
| 4a. Ingreso bruto mensual no salarial del SSA | |
| 4b. Ingreso bruto mensual no salarial del SSI | |
| 4c. Ingreso bruto mensual no salarial de otras fuentes | |
| 5. Suma de las líneas 3, 4a, 4b y 4c. | |
| 6. Pago mensual para manutención de niños obligado por la ley | |
| 7. Línea 5 menos línea 6 | |

C. Ingreso Ajustado

14. Reste **B** de **A** (línea 13 de la línea 7)

D. Gastos de Vivienda

| | |
|--|--|
| 15. Pago de renta o hipoteca mensual efectuado | |
| 16. Gasto mensual de calefacción | |
| 17. Gasto mensual de servicios públicos | |
| 18. Gasto mensual de teléfono | |
| 19. Otros gastos mensuales de vivienda (impuestos de bienes raíces, seguro, instalación de servicios públicos, etc.) | |
| 20. Suma de líneas 15, 16, 17, 18 y 19 | |

B. Deducciones

| | |
|--|--|
| 8. 20% de la línea 3 | |
| 9. Deducción mensual normal | |
| 10. Gastos mensuales por cuidado infantil/dependiente (máximo) | |
| 11. Deducción de albergue para desamparados | |
| 12. Gastos médicos mensuales (menos \$35 deducibles) | |
| 13. Suma de las líneas 8, 9, 10, 11 y 12 | |

E. Ingreso Neto del SNAP

| | |
|--|--|
| 21. Deducción excesiva por vivienda (línea 20 menos 1/2 de la cantidad de la línea 14) | |
| 22. Ingreso neto mensual de SNAP. (Reste la línea 21 de la línea 14.) | |
| 23. Cantidad asignada mensualmente | |

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 Su[s] Beneficio[s].)

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.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: 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

Mantenimiento de Su(s) Beneficio(s): Su(s) beneficio(s) continuará(n) sin cambios, hasta que se emita la decisión por parte de la Audiencia Imparcial, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de entrada en vigor indicada en el presente aviso. Sin embargo, los beneficios del SNAP no pueden continuarse pasada la última fecha de su período de certificación del SNAP si usted no recertificó su caso de SNAP (vea 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 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 del 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.

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

SAMPLE

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

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____

Notice of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) 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.

Under SNAP rules, your benefits will expire on _____. If you wish to continue to receive uninterrupted SNAP benefits, you must file a new application by your expiration date. We have scheduled an appointment for you on:

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

If you have any questions or need to change your appointment or if you are working and need a later time or a Saturday appointment, you may call _____

Failure to keep your appointment or bring the requested verification will result in the delay and possible discontinuation of benefits to your household.

You will need to bring current proof of any of the following that apply to you:

- Earned income for the past four (4) weeks
- Monthly unearned income
- Resources/assets
- Household composition
- Shelter and utility expenses
- Child care or dependent care costs
- Medical expenses for elderly or disabled household members
- Newly obtained Social Security numbers
- Date of birth and Social Security Number of new household members
- Alien status, if it has changed

In addition, State regulations require that all Case members 18 years of age and older and minor heads of household applying for or in receipt of SNAP be finger-imaged. Therefore, we request that the following Case member(s), who has/have not been finger-imaged, please report with you to this appointment:

_____, _____
If the Case member(s) named above is/are not finger-imaged before the end of your current certification period, your SNAP case will be closed at the end of the certification period.

For information regarding acceptable documentation, refer to the enclosed Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**).

**BE SURE TO READ THE ATTACHED INSERT
FOR YOUR INTERVIEW/APPLICATION RIGHTS FOR
SNAP BENEFITS AND CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION.**

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Aviso de Cita de Recertificación del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

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.

Conforme a las normas actuales de SNAP, sus beneficios se vencerán el _____. Si usted desea seguir recibiendo beneficios ininterrumpidos de SNAP, debe presentar una nueva solicitud para su fecha de vencimiento. Le hemos programado una cita para:

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

SAMPLE

Si tiene preguntas o si necesita cambiar su cita o si usted trabaja y necesita una cita a una hora más tarde o un sábado, puede llamar al _____.

El no cumplir con la cita o no traer los comprobantes solicitados resultará en el retraso y posible discontinuación de los beneficios de su hogar.

Tiene que traer cualquiera de los documentos más recientes de la lista más abajo que le correspondan:

- Ingreso salarial de las últimas cuatro (4) semanas
- Ingreso mensual no salarial
- Recursos/bienes económicos
- Miembros del hogar
- Gastos de albergue y servicios de electricidad y gas
- Costo de cuidado infantil o de dependientes
- Gastos médicos de ancianos o personas incapacitadas en su hogar
- Números de Seguro Social (Social Security) obtenidos recientemente
- Fechas de nacimiento y números de Seguro Social de nuevos miembros del hogar
- Estado de extranjería, si ha cambiado

Además, las leyes Estatales estipulan que a todo miembro de caso de 18 años de edad o más y a todo menor jefe de familia que esté solicitando o recibiendo beneficios de SNAP, se le tomen sus imágenes digitales. Por lo tanto le pedimos que el/los siguiente(s) miembro(s) de su caso, a quienes no se le ha(n) tomado las imágenes digitales, se presente(n) con usted a esta cita:

Si al/a los miembro(s) de su caso más arriba no se le toma(n) imágenes digitales antes del final de su actual período de certificación, su caso de SNAP se cerrará al final de dicho período.

Para más información respecto a documentos admisibles, consulte el adjunto Factores de Elegibilidad y Guía de Documentación Sugerida (**W-119D [S]**).

**ASEGÚRESE DE LEER LAS HOJAS ADJUNTAS
SOBRE SUS DERECHOS RESPECTO A SOLICITUD/ENTREVISTA DE SNAP
Y SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES.**

Notice of Food Stamp Recertification Appointment (W-129RR) Insert Interview/Application Rights for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits

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.

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 Center 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, by 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 receive your application by your SNAP benefit expiration date, indicated on your Notice of SNAP Recertification Appointment (W-129RR). They will interview you and send your application and supporting documents to the SNAP benefits Center to see if you can still get SNAP benefits.

What Happens If I Do Not Comply with the Interview Requirements?

If you submit your recertification application by _____ and are still eligible, you will receive
Last Day of Certification Period

uninterrupted SNAP benefits. However, you will not get SNAP benefits after _____ unless you are
Last Day of Certification Period
recertified.

If you, a member of your household or your authorized representative do not turn in your recertification form, complete an interview and give any required documentation, you will not get SNAP benefits unless you apply again and are eligible. If any proof is still needed after the interview, you will be told what you need to bring, and you will have at least ten (10) days to submit it. This decision is based on 18 NYCRR § 387.17.

Services and Other Information

- 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**.

**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 or write to the Center that handles your case. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

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

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

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

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

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

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

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on **page 1** of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

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

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.

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: _____

Aviso de Cita de Recertificación del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (W-129RR) Insert (S) Derechos respecto a la Entrevista/Solicitud de SNAP

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.

Usted tiene el derecho de:

- solicitar que la entrevista de SNAP en el centro sea dispensada debido a dificultades. En general, se pueden citar algunas dificultades entre las cuales están incluidas, las enfermedades, el transporte, cuidar a un miembro del hogar, el residir en un área rural, mal tiempo prolongado, el trabajo u horas de capacitación que le impidan acudir durante un horario normal de oficina.
- pedir una solicitud de Beneficios de SNAP. Este centro debe aceptar la solicitud siempre y cuando esté firmada y tenga el nombre y (la dirección si la tiene) legible(s).
- solicitar Beneficios de SNAP en persona, por correo, por fax o a través de un representante autorizado, lo cual pueda requerir de una entrevista.

Si todos los miembros de su hogar actualmente reciben el Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income – SSI) o tiene planes para solicitar SSI, usted puede solicitar Beneficios de SNAP en la oficina del Seguro Social en vez de presentar su formulario de recertificación en la oficina de SNAP. Si así decidiera hacerlo, el Centro del Seguro Social también debe recibir su solicitud para la fecha de vencimiento de sus Beneficios de SNAP, indicada en su aviso de Recertificación de SNAP (**W-129RR [S]**). Ellos le entrevistarán y enviarán su solicitud con los documentos correspondientes al centro de SNAP para averiguar si usted aún tiene derecho a Beneficios de SNAP.

SAMPLE

¿Qué Pasaría Si No Cumpló el Requisito de Entrevista?

Si usted no presenta su solicitud de recertificación para el _____ y aún es elegible, recibirá
(Último Día del Período de Certificación)

Beneficios de SNAP ininterrumpidos. Sin embargo, usted no recibirá Beneficios de SNAP después del _____ menos

(Último Día del Período de Certificación)

que se haya recertificado. Si usted, un miembro de su hogar o su representante autorizado no devuelve(n) su formulario de recertificación, no se presenta(n) a una entrevista y proporciona(n) toda documentación solicitada, usted no recibirá Beneficios de SNAP, a menos que vuelva a solicitar y que tenga derecho a ello. Si se necesita alguna otra prueba después de la entrevista, se le informará respecto a los documentos precisos, y se le otorgará un plazo de diez días para presentar los documentos en cuestión. Esta decisión se toma conforme a 18 NYCRR § 387.17.

Servicios y Otras Informaciones

- Si usted recibe asistencia en efectivo, asistencia médica o Beneficios de SNAP, tal vez pueda recibir un descuento en su servicio de teléfono. Para más información sobre LIFELINE, llame gratuitamente a Verizon al (800) 555-5000.
- Aunque ya no sea elegible para asistencia en efectivo, Beneficios de SNAP o asistencia médica, usted todavía 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.

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 o escríbale al Centro que está encargado de su caso. 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.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: 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 noventa (90) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos del SNAP.

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.

Si no logra comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y de Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

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

SAMPLE

Nombre en Letras de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Job Center/NCA SNAP Center: _____
Worker Telephone No: _____
FH&C Telephone No: _____

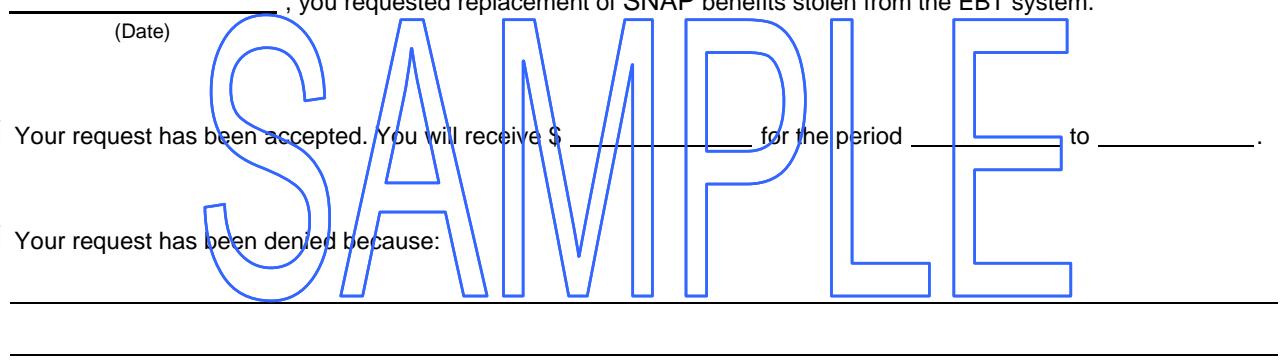
Action Taken on Your Request for Replacement of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits Stolen from the EBT System

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.

On _____, you requested replacement of SNAP benefits stolen from the EBT system.
(Date)

Your request has been accepted. You will receive \$ _____ for the period _____ to _____.

Your request has been denied because:



Worker's Signature Date Supervisor's Signature Date

Replacement of stolen SNAP benefits:

Benefits may be replaced if they were stolen due to an Agency error (e.g., participant submitted a request to restrict a PIN but the Agency failed to take action and benefits were subsequently stolen from the system).

**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.

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.ny.gov/oah/forms.asp>

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

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

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

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

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on **page 1** of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

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

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: _____
Centro de Trabajo/
Centro de SNAP: _____
Núm. de Teléfono
del Trabajador: _____
Núm. de Teléfono de
FH&C: _____

Medidas Tomadas con Respecto a su Petición de Reemplazo de Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) Robados del Sistema de EBT

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.

El _____, usted solicitó reemplazo para beneficios del SNAP robados del sistema.
(Fecha)

Su solicitud ha sido aceptada. Usted recibirá \$ _____ para el período de _____ al _____.

Su solicitud ha sido rechazada porque:

Firma del Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

Reemplazo de beneficios de SNAP robados:

Los beneficios son reemplazables si fueron robados debido a un error por parte de la Agencia (p.ej., el participante presentó una petición de restricción al PIN [Número de Identificación Personal], pero la Agencia no tomó las medidas necesarias y los beneficios fueron posteriormente robados del sistema).

**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 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) 473-5735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a:
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: 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).

SAMPLE

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

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

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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

Si no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite. **Nota:** Si su circunstancia es sumamente urgente, favor de explicarlo en detalle, el Estado hará todo esfuerzo de procesar su solicitud para una Audiencia Imparcial lo más pronto posible. Si usted llama para solicitar una Audiencia Imparcial, por favor esté preparado para explicar su situación a la persona que conteste el teléfono.

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: _____

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

Notice of Intent to Reduce Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits to Recover Overissuance (Timely and Adequate)

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.

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

SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP)

This notice is to advise you that we intend to reduce your monthly SNAP benefits from \$ _____ to \$ _____, beginning the month of _____ (Date).
Your new SNAP benefits will be \$ _____, effective _____ (Date), and until _____ (Date).

The amount of your monthly benefit reduction is based on:

- 10 percent (%) of the benefit you would otherwise be entitled to, or \$10.00, whichever is greater.
- 20 percent (%) of the benefit you would have received if your household member(s) had not been disqualified for an intentional program violation, or \$10.00, whichever is greater.
- The amount you agreed to pay.

The reason(s) we are taking this/these action(s) is/are indicated below, next to the checked box(es).

- You have failed to agree to repay an overpayment in the amount of \$ _____, as we requested in our letter of (specify):

- You have failed to comply with the repayment agreement you previously made with us, and you still owe \$ _____.
- You agreed to repay an overpayment of \$ _____ by having your monthly benefit reduced.

The law(s) and regulation(s) which allow(s) us to do this is/are: 18NYCRR § 387.19.

JOS/Worker

Date

Supervisor

Date

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

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

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

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, 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 the Office of Administrative Hearings,
New York State Office of Temporary and Disability Assistance,
P.O. Box 1930, Albany, NY 12201.
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
(518) 473-6735.
- (4) IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at:
14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201.
- (5) ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

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

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

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

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

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 Benefit(s): Your benefits will continue unchanged, until a Fair Hearing decision is issued, if you ask for a Fair Hearing before the effective date stated in this notice. 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, SNAP benefits cannot be continued beyond the last date of your SNAP certification period if you failed to recertify your SNAP case (see 18 NYCRR § 358-3.6).

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

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.

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 service 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: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Telephone: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha del Aviso: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Unidad de Casos: _____

Núm. de Tel. de Trabajador: _____

Núm. de Tel. de FH&C: _____

Aviso de la Intención de Recuperar Exceso de Pagos Reduciendo Los Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (A Tiempo Definido y Adecuado)

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(s) decisión(es) de la Agencia con respecto a su(s) programa(s) de asistencia(s) se explica(n) más abajo junto a la(s) casilla(s) marcada(s) .

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP)

Este aviso es para informarle que tenemos la intención de reducir sus Beneficios del SNAP de \$ _____ a \$ _____, comenzando el mes de _____ (fecha).
Sus nuevos beneficios del SNAP serán de \$ _____, a partir del _____ (fecha), y hasta _____ (fecha).

La cantidad de la reducción de su beneficio mensual se basa en:

- La mayor de las dos siguientes cantidades: 10% del beneficio al que usted normalmente tendría derecho, o \$10.00.
- La mayor de las dos siguientes cantidades: 20% del beneficio que usted hubiera recibido si el/los miembro(s) de su familia no hubiera(n) sido descalificado(s) por una violación intencional del programa, o diez dolares (\$10.00).
- La cantidad que usted acordó reembolsar.

La(s) decisión(es) de la Agencia se explica(n) más abajo, junto a la(s) casilla(s) marcada(s) .

Usted no ha acordado reembolsar el sobrepago por la cantidad de \$ _____, como lo solicitamos en nuestra carta del (especifique):

Usted no ha cumplido lo que acordó con nosotros anteriormente con respecto al reembolso, \$ _____.

Usted acordó en reembolsar un exceso de pago por \$ _____ mediante una reducción de su beneficio mensual.

La(s) disposición(es) legal(es) y reglamentaria(s) que nos permite(n) hacer esto es/son: 18 NYCRR § 387.19.

JOS/Trabajador

Fecha

Supervisor

Fecha

**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 (FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escríbanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:
Office of Administrative Hearings,
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930, Albany, NY 12201.
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:
<http://www.eta.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: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

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

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

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedir las con anticipación. Generalmente, éstas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pida. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

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

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Mantenimiento de Sus Beneficios: Sus beneficios permanecerán sin cambios hasta que la Audiencia Imparcial emita una decisión, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en este aviso. Si nuestra decisión afecta 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 hallaban antes del aviso, hasta que la Audiencia Imparcial emita una decisión. Sin embargo, los beneficios de SNAP no pueden continuarse pasada la última fecha del período de su certificación de SNAP si usted no ha recertificado su caso de SNAP (vea 18 NYCRR § 358-3.6).

Favor de recordar que si sólo solicita una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, dentro del plazo indicado en la sección: "Mantenimiento de Sus Beneficios", sus beneficios no permanecerán sin cambios.

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.

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 y servicios sociales, y noventa (90) días para asuntos de SNAP.

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

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
NCA SNAP Center: _____

Notice of Documentation Required – Change in Household Circumstances

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.

Under SNAP rules, you must verify changes in your circumstances that entitle you to increased benefits. You recently reported such a change to us, but you did not verify the change. We cannot increase your benefits until you do so.

We have enclosed the Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**) that gives examples of documents you can use to verify the change you reported. Photocopies are acceptable. Send the required documentation in the enclosed self-addressed envelope right away so that your benefits are increased as soon as possible.

Please verify:

- Income received by: _____
- Presence in your household of: _____
- Shelter expenses (e.g., rent or mortgage payments): _____
- Child care or dependent care costs: _____
- Medical expenses of: _____
- Alien status of: _____
- Other/Remarks: _____

Worker's Signature

Date

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro de SNAP NCA: _____

Notificación de Documentación Solicitada – Cambio de Circunstancias en el Hogar

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.

Conforme a las reglas de SNAP, usted tiene que comprobar cambios en sus circunstancias que le dan derecho a un aumento de beneficios. Recientemente usted nos informó de tal cambio, pero no comprobó el cambio. No podemos aumentarle sus beneficios hasta que usted así lo haga.

Hemos adjuntado la Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida (**W-119D [S]**), que tiene ejemplos de documentos que puede usar para comprobar el cambio que reportó. Las fotocopias son aceptables. Envíenos de inmediato la documentación solicitada en el sobre adjunto con dirección del remitente para que podamos aumentarle sus beneficios tan pronto posible.

Favor de comprobar:

Ingreso recibido por: _____

Residen en su hogar: _____

Gastos de alojamiento (p.ej., pagos de alquiler o hipoteca): _____

Gastos de Cuidado Infantil o de dependientes: _____

Gastos médicos de: _____

Estado de extranjero de: _____

Otro/comentarios: _____

Firma del Trabajador

Fecha

Notice To Households With Authorized Representatives For Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

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.

When the head of household or spouse cannot appear at an in-person interview, another household member may apply, or an adult non-household member may be chosen, as the authorized representative. If the household chooses to apply or be recertified through an authorized representative, the following conditions must be met:

1. The authorized representative must be chosen in writing by the head of household, the spouse, or another responsible household member.
2. The authorized representative must be an adult who is familiar with the relevant household circumstances.
3. The authorized representative must appear for the interview. However, it is important that the head of household or the spouse prepare or review the application whenever possible.
4. The household must be notified that it will be held liable if the authorized representative provides erroneous information which results in an over-issuance.
5. The application form can be signed by either the head of household or the authorized representative.
6. The authorized representative may not be an employee involved in the certification and/or issuance process or a retailer authorized to accept the SNAP. For an exception to this policy, the local district commissioner must determine that no one else is available to serve and give specific written approval.
7. An individual disqualified for SNAP fraud cannot act as the authorized representative during the disqualification period unless the individual is the only household adult.

Disqualification Of Authorized Representatives

An authorized representative may be qualified for up to one year if he/she has:

1. misrepresented the household's circumstances;
2. knowingly provided false information pertaining to the certified household's circumstances;
3. made improper use of benefits.

A written notice of the affected household(s) and the authorized representative will be sent 30 days prior to the date of disqualification.

Aviso a Hogares con Representantes Autorizados para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

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.

Cuando un jefe del hogar o cónyuge no puede comparecer a una cita en persona, otro miembro del hogar u otra persona no miembro del hogar puede solicitar como representante autorizado. Si el hogar decide solicitar o recertificarse mediante un representante autorizado, tiene que cumplir con las siguientes condiciones:

1. El representante autorizado tiene que ser nombrado por escrito por el jefe del hogar, cónyuge o miembro responsable de la familia.
2. El representante autorizado tiene que ser un adulto familiarizado con las circunstancias pertinentes del hogar.
3. El representante autorizado tiene que comparecer a la entrevista. No obstante, es importante que el jefe del hogar o cónyuge prepare o revise la solicitud cuando le sea posible.
4. Se tiene que notificar al hogar de que será responsable de cualquier información errónea proporcionada por el representante autorizado que resulte en una distribución en exceso.
5. La solicitud puede ser firmada por el jefe del hogar o por el representante autorizado.
6. El representante autorizado no puede ser un empleado que participe en la certificación y/o el proceso de distribución o un detallista que acepte el SNAP. Para una excepción a esta regla, el comisionado del distrito local tiene que determinar que no existe otra persona disponible para servir de representante y dar su consentimiento específico por escrito.
7. Una persona descalificada por fraude del SNAP no puede actuar como representante autorizado durante su período de descalificación a menos que sea el único adulto del hogar.

Descalificación de Representantes Autorizados

Un representante autorizado puede ser descalificado por hasta un año si ha:

1. tergiversado los detalles respecto a las circunstancias del hogar;
2. proporcionado a sabiendas información falsa sobre las circunstancias del hogar certificado;
3. utilizado los beneficios de modo indebido.

Se enviará un aviso por escrito al/a los hogar(es) afectado(s) y al representante autorizado 30 días antes de la fecha de descalificación.

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Outcome of Review for Restored Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits

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.

We have completed our review of your eligibility for restored SNAP benefits from the date that your cash assistance case was denied during the period December 15, 2005, through November 30, 2006.

We have determined that you are eligible for restored SNAP benefits. The restored amount has been made available on your SNAP Electronic Benefit Transfer (EBT) account and has been issued under case number _____ . If you do not have an EBT card to redeem your benefits, you may come to the Human Resources Administration (HRA) Special Projects Center at 172 Water Street, New York, NY 10038 or call the Center at (212) 331-4909. This is how we calculated your SNAP benefit amount:

Your household size: _____

Monthly standardized SNAP benefit for your household size: \$ _____

Number of months of restored SNAP benefits: _____

Restored SNAP benefit amount: \$ _____

We have determined that your household is not eligible for restored SNAP benefits because:

- Your income exceeds the gross income limit
- You failed to verify your _____
- Other: _____

If you disagree with our decision concerning your eligibility or with the amount of your restored SNAP benefit because you believe that HRA was incorrect concerning the size of your household at the time that your cash assistance case was denied from the period December 15, 2005, through November 30, 2006, you may request a conference and/or State Fair Hearing as set forth below. You may not contest the monthly standardized benefit used to calculate your restored SNAP benefit.

**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 to: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201.**
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.ctda.state.ny.us/eah/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 disability you 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 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 food stamp 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 phone.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

SAMPLE

Print Name: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Resultado de la Revisión de Beneficios Restablecidos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

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.

Hemos terminado nuestra revisión de su elegibilidad para beneficios restablecidos del SNAP desde la fecha en que su caso de asistencia en efectivo se denegó durante el período del 15 de diciembre, 2005, hasta el 30 de noviembre, 2006.

Hemos determinado que usted es elegible para beneficios restablecidos de SNAP. La cantidad restablecida estará disponible en su cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios del SNAP (EBT) y ha sido emitida 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 (212) 331-4909. A continuación vea el método de cálculo para la cantidad de cupones para alimentos que le corresponde:

Número de miembros de su hogar: _____

Beneficio mensual normal del SNAP para el tamaño de su hogar: \$ _____

Número de meses de beneficios restablecidos del SNAP: _____

Cantidad restablecida del SNAP: \$ _____

Hemos determinado que su hogar no es elegible para beneficios restablecidos de SNAP debido a:

Su ingreso sobrepasa el límite de ingreso bruto

Usted no comprobó su _____

Otro caso: _____

Si no está de acuerdo con nuestra decisión respecto a su elegibilidad o con la cantidad de su beneficio restablecido del SNAP porque usted cree que según HRA el tamaño de su hogar era incorrecto en el momento en que su caso de asistencia en efectivo se le denegó desde el período del 15 de diciembre, 2005, hasta el 30 de noviembre, 2006, usted puede solicitar una conferencia y/o Audiencia Imparcial Estatal como se estipula más abajo. Usted no puede oponerse al beneficio mensual normalizado que se usa para calcular su beneficio restablecido del SNAP.

**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 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.orda.state.ny.us/eah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de la Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarlo 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 escríbanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **segunda página** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado repase nuestra decisión, usted tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (90) días desde la fecha del aviso para asuntos de SNAP.

Si no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, fax, en persona, o por Internet, favor de escribir para solicitar una Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

Nota: Si su situación es extremadamente grave, favor de explicarla; el Estado intentará tramitar su solicitud de Audiencia Imparcial lo más rápido posible. Si usted llama para solicitar una 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:

SAMPLE

Nombre
en letra
de molde:

Nombre _____ I. Apellido _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

NCA Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Certification Schedules

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.

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Application

| SNAP Application Month | Regular Applications | | One-Year Cases | | Two-Year Cases | |
|------------------------|--|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|
| | 6-Month Certification Period (From/To Dates) (Enter Dates on LDSS-3152) | Recertification Schedule Month | One-Year Certification Period (From/To Dates) (Enter Dates on LDSS-3152) | Recertification Schedule Month | Two-Year Certification Period (From/To Dates) (Enter Dates on LDSS-3152) | Recertification Schedule Month |
| 1/12 | 1/ * /12 to 6/30/12 | 5/12 | 1/ * /12 to 12/31/12 | 11/12 | 1/ * /12 to 12/31/13 | 11/13 |
| 2/12 | 2/ * /12 to 7/31/12 | 6/12 | 2/ * /12 to 1/31/13 | 12/12 | 2/ * /12 to 1/31/14 | 12/13 |
| 3/12 | 3/ * /12 to 8/31/12 | 7/12 | 3/ * /12 to 2/28/13 | 1/13 | 3/ * /12 to 2/28/14 | 1/14 |
| 4/12 | 4/ * /12 to 9/30/12 | 8/12 | 4/ * /12 to 3/31/13 | 2/13 | 4/ * /12 to 3/31/14 | 2/14 |
| 5/12 | 5/ * /12 to 10/31/12 | 9/12 | 5/ * /12 to 4/30/13 | 3/13 | 5/ * /12 to 4/30/14 | 3/14 |
| 6/12 | 6/ * /12 to 11/30/12 | 10/12 | 6/ * /12 to 5/31/13 | 4/13 | 6/ * /12 to 5/31/14 | 4/14 |
| 7/12 | 7/ * /12 to 12/31/12 | 11/12 | 7/ * /12 to 6/30/13 | 5/13 | 7/ * /12 to 6/30/14 | 5/14 |
| 8/12 | 8/ * /12 to 1/31/13 | 12/12 | 8/ * /12 to 7/31/13 | 6/13 | 8/ * /12 to 7/31/14 | 6/14 |
| 9/12 | 9/ * /12 to 2/28/13 | 1/13 | 9/ * /12 to 8/31/13 | 7/13 | 9/ * /12 to 8/31/14 | 7/14 |
| 10/12 | 10/ * /12 to 3/31/13 | 2/13 | 10/ * /12 to 9/30/13 | 8/13 | 10/ * /12 to 9/30/14 | 8/14 |
| 11/12 | 11/ * /12 to 4/30/13 | 3/13 | 11/ * /12 to 10/31/13 | 9/13 | 11/ * /12 to 10/31/14 | 9/14 |
| 12/12 | 12/ * /12 to 5/31/13 | 4/13 | 12/ * /12 to 11/30/13 | 10/13 | 12/ * /12 to 11/30/14 | 10/14 |

Note: * Actual date of application

SNAP Recertification (Only for SNAP cases that remain active with no interruption of service)

| SNAP Recertification Schedule Month | Regular Recerts | | One-Year Cases | | Two-Year Cases | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| | 6-Month Certification Period (From/To Dates) (Enter Dates on LDSS-3152) | Next Recertification Schedule Month | One-Year Certification Period (From/To Dates) (Enter Dates on LDSS-3152) | Next Recertification Schedule Month | Two-Year Certification Period (From/To Dates) (Enter Dates on LDSS-3152) | Next Recertification Schedule Month |
| 1/12 | 3/1/12 to 8/31/12 | 7/12 | 3/1/12 to 2/28/13 | 1/13 | 3/1/12 to 2/28/14 | 1/14 |
| 2/12 | 4/1/12 to 9/30/12 | 8/12 | 4/1/12 to 3/31/13 | 2/13 | 4/1/12 to 3/31/14 | 2/14 |
| 3/12 | 5/1/12 to 10/31/12 | 9/12 | 5/1/12 to 4/30/13 | 3/13 | 5/1/12 to 4/30/14 | 3/14 |
| 4/12 | 6/1/12 to 11/30/12 | 10/12 | 6/1/12 to 5/31/13 | 4/13 | 6/1/12 to 5/31/14 | 4/14 |
| 5/12 | 7/1/12 to 12/31/12 | 11/12 | 7/1/12 to 6/30/13 | 5/13 | 7/1/12 to 6/30/14 | 5/14 |
| 6/12 | 8/1/12 to 1/31/13 | 12/12 | 8/1/12 to 7/31/13 | 6/13 | 8/1/12 to 7/31/14 | 6/14 |
| 7/12 | 9/1/12 to 2/28/13 | 1/13 | 9/1/12 to 8/31/13 | 7/13 | 9/1/12 to 8/31/14 | 7/14 |
| 8/12 | 10/1/12 to 3/31/13 | 2/13 | 10/1/12 to 9/30/13 | 8/13 | 10/1/12 to 9/30/14 | 8/14 |
| 9/12 | 11/1/12 to 4/30/13 | 3/13 | 11/1/12 to 10/31/13 | 9/13 | 11/1/12 to 10/31/14 | 9/14 |
| 10/12 | 12/1/12 to 5/31/13 | 4/13 | 12/1/12 to 11/30/13 | 10/13 | 12/1/12 to 11/30/14 | 10/14 |
| 11/12 | 1/1/13 to 6/30/13 | 5/13 | 1/1/13 to 12/31/13 | 11/13 | 1/1/13 to 12/31/14 | 11/14 |
| 12/12 | 2/1/13 to 7/31/13 | 6/13 | 2/1/13 to 1/31/14 | 12/13 | 2/1/13 to 1/31/14 | 12/14 |