



# 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 # 12-75-OPE

### REVISIONS TO FORMS FIA-1028C, FIA-1042, M-384, M-687U W-116BB, W-116P, W-138E, W-138Q, AND W-274CC

<b>Date:</b> August 21, 2012	<b>Subtopic(s):</b> Forms
<p>  This procedure can now be accessed on the FIAweb.           </p> <p>             See <a href="#">PB #11-103-EMP</a>              See <a href="#">PB #10-90-OPE</a>              See <a href="#">PD #04-26-EMP</a> </p> <p>             See <a href="#">PD #11-27-ELI</a> and <a href="#">PB #10-42-OPE</a>              See <a href="#">PD #12-11-EMP</a> </p>	<p>             The purpose of this policy bulletin is to inform all Non Cash Assistance Food Stamp (NCA FS) Center staff that the New York State legislature and the Office of the Governor have changed the name of the Food Stamp Program to the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). Therefore, any reference to Food Stamp benefits shall mean SNAP benefits, and any reference to NCA FS Centers shall mean NCA SNAP Centers.           </p> <p>             Consequently the following note has been added to all of the forms listed below:           </p> <p>             “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"> <li>• Mandatory Appointment Notice (Non Cash Assistance Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP] Application) <b>(FIA-1028c)</b></li> <li>• Notice to Report Employment <b>(FIA-1042)</b></li> <li>• OCSE Appointment Notice <b>(M-384)</b></li> <li>• Nonpayee Appointment Notice <b>(M-687u)</b></li> <li>• Assignment Letter <b>(W-116BB)</b></li> <li>• Mandatory Job Search Business Link Appointment <b>(W-116P)</b></li> <li>• Call-In Letter for an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) <b>(W-138E)</b></li> <li>• Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Income Guidelines <b>(W-138Q)</b></li> <li>• Child Care Enrollment Call-In Notice <b>(W-274CC)</b></li> </ul>

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

Samples of the forms are attached.

*Effective Immediately*

**Related Items:**

[PB #11-103-EMP](#)

[PD #12-11-EMP](#)

[PD #11-27-ELI](#)

[PB #10-42-OPE](#)

[PD #04-26-EMP](#)

[PB #11-07-ELI](#)

[PB #10-90-OPE](#)

**Attachments:**

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

<b>FIA-1028c</b>	Mandatory Appointment Notice (Non Cash Assistance Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP] Application) (Rev. 8/21/12)
<b>FIA-1028c (S)</b>	Mandatory Appointment Notice (Non Cash Assistance Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP] Application) (Spanish) (Rev. 8/21/12)
<b>FIA-1042</b>	Notice to Report Employment (Rev. 8/21/12)
<b>FIA-1042 (S)</b>	Notice to Report Employment (Spanish) (Rev. 8/21/12)
<b>M-384</b>	OCSE Appointment Notice (Spanish) (Rev. 8/21/12)
<b>M-384 (S)</b>	OCSE Appointment Notice (Spanish) (Rev. 8/21/12)
<b>M-687u</b>	Nonpayee Appointment Notice (Rev. 8/21/12)
<b>M-687u (S)</b>	Nonpayee Appointment Notice (Spanish) (Rev. 8/21/12)
<b>W-116BB</b>	Assignment Letter (Rev. 8/21/12)
<b>W-116BB (S)</b>	Assignment Letter (Spanish) (Rev. 8/21/12)
<b>W-116P</b>	Mandatory Job Search Business Link Appointment (Rev. 8/21/12)
<b>W-116P (S)</b>	Mandatory Job Search Business Link Appointment (Spanish) (Rev. 8/21/12)
<b>W-138E</b>	Call-In Letter for an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) (Rev. 8/21/12)

- W-138E (S)** Call-In Letter for an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) (Spanish) (Rev. 8/21/12)
- W-138Q** Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Income Guidelines (Rev. 8/21/12)
- W-138Q (S)** Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Income Guidelines (Spanish) (Rev. 8/21/12)
- W-274CC** Child Care Enrollment Call-In Notice (Rev. 8/21/12)
- W-274CC (S)** Child Care Enrollment Call-In Notice (Spanish) (Rev. 8/21/12)

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_  
NCA FS Center: \_\_\_\_\_

**Mandatory Appointment Notice**

(Non Cash Assistance Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP] Application)

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

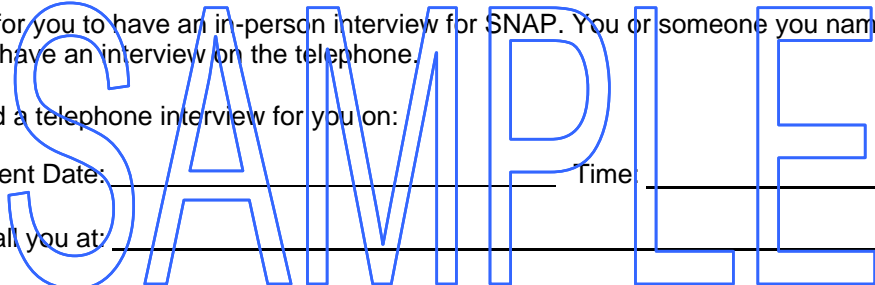
We received your application for SNAP on \_\_\_\_\_ (Date). You have requested that we do an in-person eligibility interview in your home because you are unable to come to a SNAP Center.

It is not necessary for you to have an in-person interview for SNAP. You or someone you name as an authorized representative can have an interview on the telephone.

We have scheduled a telephone interview for you on:

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

And will call you at: \_\_\_\_\_



If you are not able to keep this telephone interview or would like us to call you or your authorized representative at a different number, please call the number above.

If we are unable to reach you or your authorized representative by telephone, an HRA representative will come to your home on \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_.

**This is a mandatory eligibility interview.** Failure to keep an initial eligibility interview without good cause can result in the denial of your application. If you are not able to keep this telephone interview, call the number above.

We have also enclosed the Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (Form **W-119 D**). The eligibility factors that must be verified as a condition of eligibility have been checked.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Centro de Cupones Para Alimentos de  
No Asistencia en Efectivo: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cita Obligatoria

(Solicitud del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria [SNAP] de No Asistencia en Efectivo)

**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 recibido su solicitud del SNAP el \_\_\_\_\_ (Fecha). Usted ha solicitado que nosotros realicemos una entrevista de elegibilidad en persona en su hogar porque usted no puede presentarse a un Centro de SNAP.

No es necesario que usted asista a una entrevista en persona de SNAP. Usted puede asistir a una cita telefónica o puede nombrar a un representante autorizado para ser entrevistado por teléfono en su hogar.

Le hemos programado una entrevista por teléfono el:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
y lo llamaremos a las: \_\_\_\_\_

Si usted no puede cumplir esta entrevista telefónica o le gustaría que lo llamemos a usted o a un representante autorizado a un número diferente, por favor llamar al número indicado arriba.

Si no podemos comunicarnos por teléfono con usted o con su representante autorizado, un representante de la HRA lo visitará en su hogar el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_.

**Esta es una cita de elegibilidad obligatoria.** Si no puede cumplir esta entrevista inicial de elegibilidad si motivo justificada, puede resultar en el rechazo de su solicitud. Si no puede cumplir con esta entrevista telefónica, llame al número indicado arriba.

Además, hemos adjuntado la Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida (Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide), (W-119D [S]). Los factores de elegibilidad que deben verificarse como condición de elegibilidad han sido marcados.

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Center Number: \_\_\_\_\_

### Notice to Report Employment

#### To: All Cash Assistance Participants Who Are Working

**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.

Federal and State regulations require adults on a Cash Assistance (CA) case to report income from employment. Even if you are not the head of household, you must report this information to the Human Resources Administration (HRA).

If you report income from full-time or part-time employment, there are benefits for which you and your family may qualify. Your household may be entitled to participate in transitional child care, community-based Medicaid or other health insurance programs. In addition, your household may qualify for SNAP benefits. HRA can give you information on the availability of the earned income tax credit and how to apply. If you are in a low-paying, part-time job, you may also qualify for assistance from an employment services and placement agency to find a better paying job at no cost to you.

To report your income you must **immediately:**

- **Fill out** and **sign** the Declaration of Employment (**W-575T**) form enclosed with this letter; and
- Provide copies of your last month's pay stubs or documentation verifying your present earnings, such as:
  - Statement of tips
  - Pay envelope
  - Letter from employer on letterhead with rate of pay per hour and the number of hours worked

You do not have to miss work to submit the above documentation. You can submit the above documentation by:

- mail (using the enclosed, business-reply envelope); or
- fax to **(212) 835-7278** or fax **(212) 835-7414**.

**Congratulations on your job! We look forward to hearing from you soon.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Número del Centro: \_\_\_\_\_

## Aviso de Reporte de Empleo

### A: Todos los Participantes de Asistencia en Efectivo Que Estén Trabajando

**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.

Las reglas Federales y Estatales estipulan que los adultos en casos de Asistencia en Efectivo (CA) reporten su ingreso de empleo. Aun si usted no es jefe de hogar, debe reportar esta información a la Administración de Recursos Humanos (HRA).

Si usted reporta ingreso de empleo a tiempo completo o parcial, existen beneficios para los cuales usted y su familia pueden cualificar. Su hogar puede tener derecho a participar en cuidado infantil de transición, Medicaid comunitario u otros programas de seguro de salud. Además, su hogar puede cualificar para SNAP. La HRA le puede brindar información sobre la disponibilidad del crédito tributario de ingreso salarial (earned income tax credit) y cómo solicitarlo. Si usted tiene un empleo de baja paga, a tiempo parcial, también puede cualificar para asistencia por parte de una agencia de servicios de empleo y colocación para buscar un empleo de mejor paga sin costo alguno para usted.

Para reportar su ingreso usted debe **de inmediato:**

- **Llenar y firmar** el formulario de Declaración de Empleo (**W-575T [S]**) adjunto a esta carta; y
- Proporcionar copias del talón de paga de su último mes de trabajo o documentación que compruebe su ingreso actual, como:
  - Declaración de propinas
  - Sobre de paga
  - Carta de su empleador en documento con membrete con su salario por hora y el número de horas trabajadas

Usted no tiene que faltar a su trabajo para presentar la documentación más arriba. Puede presentar esta documentación por:

- correo (siviéndose del adjunto sobre con dirección del remitente); o
- enviando fax a (212) 835-7278 o a (212) 835-7414.

**¡Felicitaciones por su trabajo! Esperamos saber de usted pronto.**

Notice Date: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

Center: \_\_\_\_\_

### OCSE Appointment Notice

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

A child support interview has been scheduled:

On: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

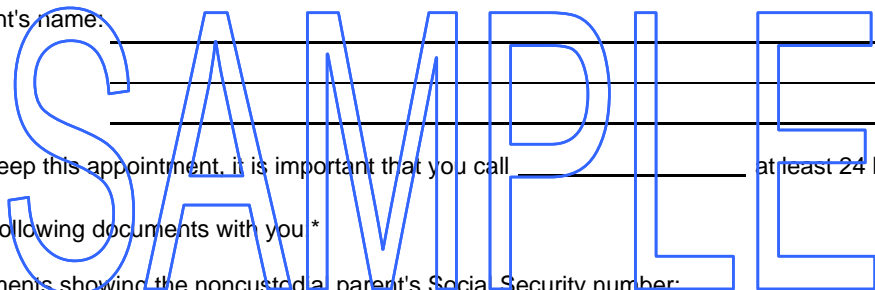
Location Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

For an interview regarding the noncustodial parent of your child(ren).

Parent's name: \_\_\_\_\_



If you are unable to keep this appointment, it is important that you call \_\_\_\_\_ at least 24 hours in advance.

Please bring the following documents with you \*

- Documents showing the noncustodial parent's Social Security number;
- Birth certificate for each child to be listed on the petition;
- Marriage certificate, divorce decree or separation papers, if applicable;
- Voluntary acknowledgement of Paternity or Order of Filiations from family court, if applicable;
- The noncustodial parent's address, telephone numbers and employer's information;
- The noncustodial parent's date and place of birth, and parents' names; and
- Recent photograph of the noncustodial parent.

\*If both parents of the child(ren) to be listed on the petition are absent from the home, please provide the requested documents/information for both parents.

**If you do not want to cooperate with the child support program because you fear the noncustodial parent will retaliate with physical or emotional harm, let the Worker know. You will be referred to a domestic violence liaison who will decide if you should be excused from some or all of the requirements to cooperate with the child support program.**

**This is a mandatory eligibility appointment.** If you do not keep this appointment and cooperate fully with the Office of Child Support Enforcement (OCSE), the Family Independence Administration will be notified to impose a sanction on the cash benefits received on behalf of the children. **This means that the cash benefits for the children will be reduced by 25%, but your SNAP benefits will not change.** The sanction will remain in effect unless and until you provide the specific information requested and comply with child support.

Travel Directions:

Applicant/Participant's Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



Fecha de Aviso: \_\_\_\_\_  
 Número del Caso: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
 Centro: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cita de la Oficina de Ejecución de Manutención de Niños (OCSE)

**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.

Una entrevista de manutención de niños ha sido programada:

El: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Local: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

SAMPLE

Esta entrevista es con respecto al padre/madre sin custodia de su(s) niño(s).

Nombre del Padre/Madre Sin Custodia	Nombre del Niño(a)	CIN del Niño(a)	Núm. de Línea de WMS del Niño(a)

En caso de que no pueda presentarse a esta cita, es importante que llame al \_\_\_\_\_ por lo menos con 24 horas de anticipación.

Favor de traer el folleto Información Sobre Servicios de Manutención de Niños y Solicitud/Envío a Servicios de Manutención de Niños (**LDSS-4882**) llenado consigo. Vea la página A-7 del folleto **LDSS-4882** para la lista de documentos que usted debe copiar y llevar a su cita de OCSE.

**Si usted no quiere cooperar con el programa de manutención de niños por temor que el padre o madre sin custodia tome represalias con agresiones físicas o emocionales, infórmele a su trabajador. Usted será enviado(a) al enlace de violencia doméstica, para determinar si puede ser excusado/a de algunos o de todos los requisitos de cooperación con el programa de manutención de niños**

**Esta cita de elegibilidad es obligatoria.** Si usted no cumple esta cita y no coopera cabalmente con la Oficina de Ejecución de Manutención de Niños (Office of Child Support Enforcement – OCSE), la Administración de Independencia Familiar (Family Independence Administration) recibirá notificación para imponer una sanción sobre los beneficios en efectivo recibidos en nombre de los niños. **Esto significa que los beneficios en efectivo para los niños serán reducidos por un 25%, pero sus beneficios del SNAP no cambiarán.** Esta sanción continuará en vigor hasta que usted proporcione la información específica solicitada y cumpla con la manutención de niños.

Indicaciones de Viaje: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Firma del Solicitante/Participante

Fecha

Opening/Applications     Reopening/Undercare     Changes or Updates

**¡La manutención de niños le ayuda a proveer para sus hijos!**

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Job Center: \_\_\_\_\_  
CIN: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Nonpayee Appointment Notice

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

An appointment has been made for \_\_\_\_\_.  
(nonpayee's name)

As an employable Family Assistance/Safety Net Cash Assistance/Safety Net Non-Cash Assistance participant who is not working full-time, you are required to participate in HRA job search/work activities that will help you find employment. You must participate in order to remain eligible for cash assistance and/or SNAP. Therefore, you have been scheduled for an appointment with the JOS/Worker assigned to handle your cash assistance case.

You must attend this appointment. You should bring original copies of any documentation concerning your income, especially verification of earnings. All nonexempt income must be reported and included in the cash assistance budget for your household. If you believe that you should not participate in job search/work activities for any reason, you must bring to your appointment any and all relevant documentation that explains why you are unable to work. You cannot be excused from work requirements without proof of your inability to work. We will schedule you for a mandatory medical examination with an HRA-authorized medical practitioner to verify any claimed medical exemption.

**Appointment Information:**

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Day: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Travel Directions:

**This is a mandatory engagement appointment.**

If your situation has changed and you now believe that you are no longer employable, you must keep this appointment and bring original and detailed documentation with you to prove your claim. If you need to reschedule this appointment please call \_\_\_\_\_.

Note: If the nonpayee is assigned to work activities, carfare will be issued in the name of the casehead. Failure of the casehead to provide the nonpayee with the issued carfare will result in adverse action being taken on the case for noncompliance with work requirements.

If you have a physical, mental health, or learning problem that makes it difficult to travel to your center, please call the telephone number above.

**Failure to keep this appointment without good cause or failure to cooperate with employment requirements may result in the reduction of your household's cash assistance and/or SNAP benefits.**

**There are no work requirements for Medicaid.**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
CIN: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Aviso de la Cita de la Persona No Beneficiaria

**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.

Se ha fijado una cita para \_\_\_\_\_  
(nombre del no-beneficiario)

Debido a que usted es participante de Asistencia para Familias/Asistencia en Efectivo de la Red de Seguridad/Asistencia No En Efectivo de la Red de Seguridad (Family Assistance/Safety Net Cash Assistance/Safety Net Non-Cash Assistance) que no trabaja a tiempo completo a pesar de ser apto(a) para trabajar, se requiere que participe en actividades de trabajo/búsqueda de empleo de la HRA que le brindarán mejor posibilidad de conseguir empleo, además de mantener su elegibilidad respecto a asistencia en efectivo y/o SNAP. Por lo tanto, se le ha programado una cita con el Trabajador/JOS designado para administrar su caso de asistencia en efectivo.

Usted tiene que acudir a esta cita. Debe traer copias originales de toda documentación relativa a sus ingresos, especialmente verificación de ingresos. Los ingresos no exentos deben ser declarados e incluidos en el presupuesto de asistencia en efectivo de su hogar. Si usted considera que no debe participar en actividades de trabajo/búsqueda de empleo por alguna razón, usted tiene que traer a su cita cualquier y toda documentación pertinente que explique la razón por la cual no puede trabajar. Usted no puede ser dispensado(a) de los requisitos de trabajo sin prueba de su incapacidad para trabajar. Nosotros le programaremos una cita para un examen médico obligatorio con el médico general autorizado por la HRA para verificar cualquier limitación médica alegada.

#### Información sobre la Cita:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

#### Esta es una cita obligatoria de participación en actividades.

Si usted considera que su situación ha cambiado y por consiguiente ya es apto(a) para trabajar, debe acudir a esta cita y traer documentación original y detallada para comprobar su reclamo. Si necesita programar una nueva cita por favor llame al \_\_\_\_\_.

Nota: Si se le asigna una actividad de trabajo a la persona no beneficiaria, a dicha persona se le expedirá el pago para el transporte a nombre de la persona encargada del caso. Sin embargo, si la persona encargada del caso no cubre los gastos de transporte del no beneficiario con los fondos expedidos para dicho propósito, puede que se tomen medidas para sancionar el caso por incumplimiento de los requisitos de trabajo.

Si usted tiene un problema físico, mental, o de aprendizaje que le dificulte transportarse a su centro, favor de llamar al número de teléfono más arriba.

**El no acudir a esta cita sin motivo justificado o no cooperar con los reglamentos laborales federales y estatales puede resultar en la reducción de los beneficios de su hogar de asistencia en efectivo/SNAP.**

**No existen requisitos de trabajo para Medicaid.**

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Conference \_\_\_\_\_  
Telephone Number: \_\_\_\_\_

### Assignment Letter

**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 been assigned to the Supplemental Nutrition Assistance Program Employment and Training (SNAP ET) work activity/activities described below.

The total number of hours you are required to participate in this/these activity/activities every month is \_\_\_\_\_ hours.

You will receive carfare at the agency where you are assigned to work. Please bring your Human Resources Administration (HRA) photo ID card.

#### WORK EXPERIENCE PROGRAM (WEP) ASSIGNMENT

Monthly WEP hours: \_\_\_\_\_ WEP site name: \_\_\_\_\_ Start date: \_\_\_\_\_

WEP site address: \_\_\_\_\_

WEP schedule:

	MON	TUES	WED	THURS	FR	SAT	SUN
Start time:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
End time:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

#### JOB SEARCH ASSIGNMENT

Monthly Job search hours: \_\_\_\_\_ Job search site name: \_\_\_\_\_ Start date: \_\_\_\_\_

Job search site address: \_\_\_\_\_

Job search schedule:

	MON	TUES	WED	THURS	FRI	SAT	SUN
Start time:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
End time:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

I have received a copy of this assignment.

Participant's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**FAILURE TO KEEP THIS APPOINTMENT OR FAILURE TO PARTICIPATE AS REQUIRED MAY RESULT IN THE REDUCTION/TERMINATION OF YOUR SNAP BENEFITS**

This is a mandatory engagement appointment. Your participation in this program is mandatory unless you receive another assignment, you become employed, or HRA determines that you have become unable to work or that you are exempt from the SNAP work requirements. You will be exempt from the SNAP work requirements if you are:

- younger than 16 years of age or 60 years of age or older;
- medically verified as being physically or mentally unable to work;
- subject to and complying with a federally funded Temporary Assistance for Needy Families (TANF) work requirement;
- responsible for the care of a dependent child under the age of six;
- responsible for the care of an incapacitated person;
- an applicant for or recipient of Unemployment Insurance Benefits (UIB) who is required to register for work as part of the UIB application process;
- a regular participant in a drug or alcohol treatment and rehabilitation program and the Agency determines that you are either unable to work or that assignment to work activities is impractical;
- a student enrolled at least half-time in a recognized school, training program or institution of higher education, provided you have met the student eligibility criteria for SNAP participants;
- an applicant for Supplemental Security Income (SSI) and SNAP benefits under the joint processing provisions until you are either determined to be eligible for SSI and, thereby exempt from work registration, or determined to be ineligible for SSI;
- a person 16 or 17 years of age who is not the head of the household or who is attending school or an employment training program on at least a half-time basis;
- employed a minimum of 30 hours per week or receiving weekly earnings at least equal to the Federal minimum wage multiplied by 30 hours;
- a refugee participating at least half-time in a program approved or funded by the Federal Office of Refugee Resettlement; or
- complying with TANF work rules.

In order to receive your SNAP benefits, you must work the assigned number of hours at your work site, unless you have good cause not to work. If you fail to work the assigned hours without good cause, your SNAP benefits may be reduced or terminated.

**THIS SECTION TELLS YOU WHAT TO DO IF YOU BELIEVE THAT YOU SHOULD NOT WORK OR SHOULD RECEIVE A DIFFERENT ASSIGNMENT BECAUSE OF A MEDICAL PROBLEM, OR YOU CANNOT COME TO WORK FOR ANOTHER REASON.**

**What if you believe that you should not be required to work because of a medical problem?**

If you disagree with the determination that you are able to work, you may ask for a conference or a Fair Hearing, or both. Please see the Conference and Fair Hearing Information section of this notice for more information.

**What if you think that you should be given a different work assignment because of a medical problem?**

If you have already been determined as work – limited, and you have informed your work site Supervisor of your limitations, and the Agency has, to the best of its ability, made accommodations for your limitations, you may still contest the assignment as medically inappropriate. The proper way to contest an assignment is as follows:

1. Report to your assigned location and find out about your assignment. You may discuss any issues you have about whether the assignment is appropriate with the person who gives you the assignment or your Supervisor at the assignment.
2. If you are not able to resolve your issues at the conference, you may request a Fair Hearing. (Please see the Conference and Fair Hearing Information section of this notice for more information.)
3. If you have not resolved the issue at your work site, you can also make an appointment to discuss your issues at a conference.
4. During the time you are contesting a work assignment, starting with your complaint to your immediate Supervisor and, if necessary, until a Fair Hearing decision is rendered, you may refuse to perform the work without immediate loss of benefits.

**What if your medical condition changes in a way that affects your ability to work?**

Discuss any problem related to your medical condition with your work site Supervisor and provide written documentation on your doctor's stationery that includes the doctor's name, the date, your diagnosis and prognosis, and state what work activities your condition prevents you from doing and why. The documentation must be an original, not a photocopy, and must be current.

The Agency may change your assignment to another, based on the medical condition described on the documentation you provide, or the Agency may refer you for a medical assessment.

You may refuse to work at an assignment on the basis that it is inconsistent with your medical condition. During the time you are contesting a work assignment, starting with your complaint to your immediate Supervisor and, if necessary, until a Fair Hearing decision is rendered, you may refuse to perform the work without immediate loss of benefits.

Follow the instructions in the **What if you receive a Notice of Intent to discontinue benefits or a Notice of Intent to change benefits?** section on page 4 if you receive a Notice of Intent as a result of a change in your medical condition of which the Agency is unaware.

**What if you have a change in your circumstances that makes you exempt from the SNAP work requirements?**

If you have a change in your circumstances that you believe makes you exempt from the SNAP work requirements (see the list on **page 2**), please report the change to your work site Supervisor and your SNAP Center.

**When can you be absent from your assignment?**

You do not have to report to your assignment on holidays observed by the Agency, on your days of religious observance (must be documented), or when you have "good cause."

**What is "good cause" for missing a day or days of work?**

"Good cause" includes circumstances beyond your control such as, but not limited to, illness, family emergency, jury duty, appointments at an HRA office, or lack of transportation. "Good cause" also includes employment interviews and temporary or part-time employment.

**What if you cannot come to work or you are going to be late?**

You must notify your Supervisor by telephone as soon as you know that you are going to be absent or late. Give notice before your scheduled starting time. If you do not do so, you may lose benefits. When you return to your work site, you must bring any documentation that you can reasonably obtain to show why you were absent or late.

**What happens when you are absent or late without good cause, fail to notify your Supervisor that you will be absent or late, or fail to provide documentation?**

If you are absent or late without good cause, you will receive a notice of failure to comply with your work assignment. You may also receive a notice for failing to notify your Supervisor or failing to provide documentation. You will have the right to request a conference and/or a Fair Hearing within the time limit stated in the notice.

**What if you receive a Notice of Intent to discontinue benefits or a Notice of Intent to change benefits?**

If you receive a Notice of Intent to discontinue benefits because of failure to comply with your work assignment, you have a right to a Fair Hearing. Your benefits will continue unchanged, pending the Fair Hearing decision, as long as you make a request for a Fair Hearing within the time frame stated in the Notice of Intent.

**SAMPLE**

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

## Conference and Fair Hearing Section – Do You Think We Are Wrong?

### 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 conference telephone 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, 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 that 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 that 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 1** of this notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

**Continuing Your Benefit(s):** 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 the date of this notice, until a Fair Hearing decision is issued.

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the timeframe 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.**

**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 work activity assignment 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.

**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 de Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono de Conferencia: \_\_\_\_\_

### Carta de Asignación

**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.

A usted se le ha programado una asignación para una actividad de trabajo de Capacitación y Empleo del Programa de Nutrición Suplementaria (SNAP) (Programa de Nutrición Suplementaria Empleo y Capacitación – SNAP ET) tal como se indica más abajo.

Las horas totales que se le requiere participar cada mes en esta/estas actividades son \_\_\_\_\_ horas.

Usted recibirá dinero para gastos de transporte en la agencia en donde se le asigne el trabajo. Favor de traer su tarjeta de identificación con foto de la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA).

#### ASIGNACIÓN DEL PROGRAMA DE EXPERIENCIA LABORAL (WORK EXPERIENCE PROGRAM – WEP)

Horas Mensuales de WEP: \_\_\_\_\_ Nombre del Local de WEP: \_\_\_\_\_ Fecha de Comienzo: \_\_\_\_\_

Dirección del Local de WEP: \_\_\_\_\_

Horario de WEP:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Hora de Comienzo:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hora Final:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

#### ASIGNACIÓN DE BÚSQUEDA DE EMPLEO

Horas de la búsqueda mensuales: \_\_\_\_\_ Nombre del local de búsqueda: \_\_\_\_\_ Fecha de Comienzo: \_\_\_\_\_

Dirección de local de la búsqueda de trabajo: \_\_\_\_\_

Horario de la búsqueda de trabajo:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Hora de Comienzo:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hora Final:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

He recibido una copia de esta asignación.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**EL NO CUMPLIR CON ESTA CITA O EL NO PARTICIPAR COMO DEBIDO  
PUEDE RESULTAR EN LA REDUCCIÓN/TERMINACIÓN DE SUS BENEFICIOS DEL SNAP**

Esta cita de participación es obligatoria. Su participación en este programa es obligatoria a menos que usted reciba otra asignación, obtenga empleo, o HRA determine que está incapacitado para trabajar o esté exento(a) de los requisitos de trabajo del SNAP. Las exenciones de los requisitos de trabajo del SNAP le corresponden si usted es o está:

- menor de 16 años de edad o de por lo menos 60 años de edad o mayor;
- incapacitada(o) mental o físicamente, con comprobante médico, para trabajar;
- sujeto(a) y en cumplimiento de un requisito de trabajo del Programa de Asistencia Temporal (Temporary Assistance for Needy Families – TANF) financiado por el gobierno federal y en cumplimiento del mismo;
- responsable del cuidado de un niño dependiente menor de seis años;
- responsable del cuidado de una persona incapacitada;
- solicitante de beneficiarios de Seguro de Desempleo (Unemployment Insurance Benefits – UIB) que tiene que inscribirse para trabajar como parte del trámite de UIB;
- participante normal en un programa de tratamiento para drogas o rehabilitación y la Agencia determina que usted está incapacitado(a) para trabajar o que su asignación de actividades de trabajo es impráctica;
- estudiante matriculado(a) por lo menos a tiempo parcial en una escuela reconocida, programa de capacitación o institución de enseñanza superior, siempre que haya cumplido los criterios de elegibilidad para los estudiantes para el SNAP;
- solicitante de Ingreso de Seguridad Suplemental (SSI) y beneficios del SNAP conforme a las disposiciones de trámite coordinado hasta que se le determine elegible para SSI y, por tanto, exento (a) de inscripción para trabajo, o inelegible para Ingreso de SSI;
- una persona de 16 o 17 años de edad que no sea jefe de hogar o que esté asistiendo a la escuela o a un programa de capacitación para empleo a por lo menos tiempo parcial;
- empleado(a) por un mínimo de 30 horas a la semana o que reciba ganancias semanales que por lo menos sean iguales al sueldo mínimo Federal multiplicado por 30 horas; o
- refugiado que participe a por lo menos tiempo parcial en un programa aprobado o financiado por la Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados (Federal Office of Refugee Resettlement).
- cumplir con las reglas de empleo de TANF

Para recibir sus beneficios del SNAP, usted tiene que trabajar el número de horas asignadas en su local de trabajo, a menos que tenga causa justificada para no trabajar. Si usted no trabaja el número de horas asignadas sin causa justificada, sus beneficios del SNAP pueden reducirse o terminarse.

**POR LA PRESENTE SECCIÓN SE LE INFORMA DE QUÉ PUEDE HACER SI USTED ESTIMA QUE NO DEBE TRABAJAR O QUE DEBE RECIBIR UNA ASIGNACIÓN DISTINTA DEBIDO A UN PROBLEMA MÉDICO, O SI NO PUEDE PRESENTARSE AL TRABAJO POR OTRA RAZÓN.**

**¿Qué tal si usted piensa que no se le debe exigir que trabaje debido a un problema médico?**

Si usted no está de acuerdo con la determinación que es apto(a) para trabajar, puede solicitar una conferencia o una Audiencia Imparcial, o ambas. Por favor vea la sección Información sobre Conferencias o Audiencias Imparciales de este aviso para más información.

**¿Qué tal si usted piensa que su asignación de trabajo debe ser distinta debido a un problema médico?**

Si a usted ya se le ha determinado limitado respecto al trabajo, y usted ha informado a su Supervisor del local de trabajo de sus limitaciones, y la agencia en el máximo grado posible ha concertado arreglos para sus limitaciones, usted puede oponerse a su asignación por considerarla inapropiada por razones médicas. El modo correcto de oponerse a una asignación es el siguiente:

1. Preséntese a su local asignado y averigüe los detalles de su asignación. Puede tratar cualquier duda sobre si su asignación es apropiada con la persona que le dé la asignación, o su Supervisor en la asignación.
2. Si usted no ha resuelto el problema en su local de trabajo, puede programar una cita para tratar sus problemas en la conferencia.
3. Si usted no puede resolver sus problemas en la conferencia, puede solicitar una Audiencia Imparcial. (Para más información, favor de remitirse a la sección de este aviso sobre Información de Conferencias y Audiencias Imparciales.)
4. Durante el tiempo que usted esté oponiéndose a una asignación de trabajo, a partir del momento de su queja a su Supervisor inmediato, y si necesario hasta que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial, usted puede rehusar desempeñar el trabajo sin pérdida inmediata de beneficios.

**¿Qué tal si su estado de salud cambia de manera que afecte su capacidad de trabajo?**

Trate cualquier problema relacionado con su estado de salud con su Supervisor del local de trabajo y proporcione documentación por escrito con el membrete de su médico que incluya el nombre del médico, la fecha, el diagnóstico y pronóstico, e indique que actividades de trabajo se le imposibilitan por su afección y por qué. La documentación tiene que ser original y actualizada, y no se aceptarán fotocopias.

La Agencia puede cambiar su asignación, según el problema médico indicado en la documentación que proporcione o la Agencia le puede enviar a un examen médico.

Usted puede rehusar trabajar en una asignación en razón de que la misma no corresponde a su estado médico. Durante el tiempo que usted esté oponiéndose a una asignación de trabajo, a partir de su queja a su Supervisor inmediato, y, si necesario, hasta que se emita una decisión de la Audiencia Imparcial, usted puede rehusar realizar el trabajo sin pérdida inmediata de beneficios.

Siga las instrucciones en la sección **¿Qué tal si usted recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios o un Aviso de la Intención de cambiar beneficios?** en la página 4 si usted recibe un Aviso de la Intención a raíz de un cambio en su estado médico del cual la Agencia no esté informada.

**¿Qué tal si se da un cambio en sus circunstancias que le exime de los requisitos de trabajo para cupones para alimentos?**

Si se da un cambio en sus circunstancias que cree le exime de los requisitos de trabajo del SNAP (vea la lista en la **página 2**), favor de reportar el cambio a su Supervisor de su local de trabajo y a su Centro de SNAP.

### **¿Cuándo puede usted faltar a su asignación?**

Usted no tiene que presentarse a su asignación los días feriados celebrados por la Agencia, en sus días de observancia religiosa (a ser documentados), o cuando tenga "causa justificada".

### **¿Qué significa "causa justificada" para faltar al trabajo uno o varios días?**

"Causa justificada" incluye circunstancias ajenas a su voluntad incluyendo, enfermedad, emergencia familiar, servicio de jurado, citas en oficinas de HRA, o falta de acceso a transporte. "Causa justificada" también incluye entrevistas de empleo y empleo temporario o a tiempo parcial.

### **¿Qué tal si usted no puede venir a trabajar o si va a llegar tarde?**

Usted tiene que notificar a su Supervisor por teléfono tan pronto sepa que va a estar ausente o llegar tarde. Lleve a cabo su notificación antes de su hora programada de comienzo de trabajo. Si no lo hace, puede perder sus beneficios. Al regresar a su local de trabajo, debe traer toda documentación que pueda obtener de modo razonable para indicar la razón por la cual estuvo ausente o llegó tarde.

### **¿Qué tal si usted está ausente o llega tarde sin causa justificada, no notifica a su Supervisor de que estará ausente o llegará tarde, o no proporciona la documentación correspondiente?**

Si usted falta o llega tarde sin causa justificada, recibirá un aviso de incumplimiento de su asignación de trabajo. Puede recibir además un aviso por no notificar a su Supervisor o no proporcionar la documentación debida. Usted tendrá el derecho de solicitar una conferencia y/o una Audiencia Imparcial dentro del plazo indicado en el aviso.

### **¿Qué tal si usted recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios o un Aviso de la Intención de cambiar beneficios?**

Si usted recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios por incumplimiento de su asignación de trabajo, tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Sus beneficios continuarán sin cambio, a la espera de la decisión de la Audiencia Imparcial, mientras que usted haya solicitado una Audiencia Imparcial dentro del plazo indicado en el Aviso de la Intención.

**USTED TIENE DERECHO A 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 – ¿Piensa Usted que Estamos Equivocados?

### 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 conferencias 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. Sus beneficios se mantendrán sin cambios sólo si solicita una Audiencia Imparcial Estatal. (Refiérase a la sección Mantenimiento de Su[s] Beneficio[s].)

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

**Como 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**  
(Por favor guarde una copia para usted.)
- (3) POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**
- (5) POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
<http://www.otda.ny.gov/bah/forms.asp>

**Qué Puede Esperar en 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 al Funcionario de la Audiencia informándole de 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 solicitar 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):** Si nuestra decisión ha afectado sus beneficios y usted pide una Audiencia Imparcial dentro de diez (10) días desde la fecha de este aviso, le restauraremos sus beneficios al nivel que estaban antes de este aviso, hasta que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial.

Por favor tenga presente que si solicita sólo una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial, dentro del plazo indicado en la sección Mantenimiento de Su(s) Beneficio(s), sus beneficios no permanecerán los mismos.

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 repase nuestra decisión, debe solicitar un Audiencia Imparcial dentro de (90) días desde la fecha del aviso de asuntos de asignaciones de actividades de trabajo.

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 de Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Job Center: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Mandatory Job Search Business Link 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.

State law requires that you be engaged in an active and continuing search for employment. As part of this obligation you have been selected to participate in a mandatory Business Link appointment. This appointment is a prescreening for a variety of jobs; qualified candidates will be scheduled for an interview with an employer. Please bring your Electronic Benefits Transfer (EBT) or Medicaid card for identification purposes. You should also bring a copy of your resume and/or references, if you have them, and dress for an interview.

You will be excused from your assigned work activities to attend this appointment. Give your supervisor a copy of this notice.

Your Business Link appointment is indicated below.

SAMPLE

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Location Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Travel Directions:

**This is a mandatory engagement appointment.** If you have any questions or are unable to keep this appointment, please contact Business Link at (212) 643-2881, ext. 200. You can also call this number if you have a physical, mental health, or learning problem that makes it difficult for you to keep this appointment.

Failure to keep this appointment or failure to participate as required may result in the reduction of your current cash assistance and/or SNAP benefits. Please bring this letter to your appointment.

PLEASE NOTE: Failure to comply with cash assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Cita Obligatoria de Enlace Comercial (Business Link) para Búsqueda de Trabajo

**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.

Las leyes estatales requieren que usted esté buscando trabajo activa y continuamente. Como parte de tal obligación se le ha seleccionado para que participe en una cita obligatoria de enlace comercial (Business Link). El propósito de dicha cita es para primero evaluarle con respecto a diversos trabajos: a los candidatos que cualifiquen se les programará una cita con un empleador. Favor de traer su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) o de Medicaid para uso de identificación. Además traiga una copia de su hoja de vida y/o referencias, de tenerlas, y vistase de modo apropiado para la entrevista.

Usted será exento de participar en las actividades de trabajo asignadas para que pueda asistir a esta cita. Entréguele una copia de este aviso a su supervisor.

Los detalles de su cita de Enlace Comercial (Business Link) aparecen a continuación:

SAMPLE

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Local: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

**Esta cita es de participación obligatoria.** Si usted tiene cualquier pregunta, o si no puede asistir a la cita, favor de comunicarse con el Enlace Comercial (Business Link) al (212) 643-2881, ext. 200. Además, usted puede llamar a este número si tiene un problema físico, mental, o de aprendizaje que le dificulte asistir a esta cita.

El no presentarse a esta cita o no participar como es requerido puede resultar en la reducción de sus beneficios actuales de asistencia en efectivo y/o beneficios del SNAP. Favor de traer esta carta a su cita.

**NOTE POR FAVOR:** El no cumplir con los requisitos de trabajo de asistencia en efectivo no afecta su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Call-In Letter for an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD)

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

As an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) in receipt of SNAP benefits, you are required to:

- Work (including "in-kind" work and volunteer work) for at least 80 hours per month; or
- Participate in work activities for at least 80 hours per month, which must include work experience and other appropriate Supplemental Nutrition Assistance Program Employment and Training (SNAP ET) activities as assigned; or
- Receive and fully comply with a Work Experience Program (WEP) assignment.

Therefore, we have scheduled a **mandatory** appointment for you to verify that you are meeting your ABAWD SNAP work requirements. Your appointment is indicated below. Please come on time.

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Location Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Travel Directions:

Please bring this letter with you. If you are working, you must bring proof of earnings to your appointment. If you believe that you cannot participate in a work activity, bring documentation that supports your claim, such as medical reports, a school attendance letter, etc. You may be referred for a medical examination if you claim you are medically unable to work.

If you feel that you have been incorrectly identified as a person without dependents, please keep this appointment, bringing with you appropriate documentation to identify the dependent member(s) of your household.

If you are already participating in a work activity to which we referred you, bring a note from the program.

If you have any questions, call us before the date of your appointment at \_\_\_\_\_.  
(telephone number)

If you have a physical, mental health or learning problem that makes it difficult for you to get to this new location, please call us at the number above.

**This is a mandatory engagement appointment. Failure to keep this appointment may result in the sanction of your cash assistance and/or SNAP case.**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Carta de Aviso de Cita para Adulto Sano Sin Dependientes (Able-Bodied Adult Without Dependents – ABAWD)

**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.

Por ser un Adulto Sano Sin Dependientes (ABAWD) que recibe beneficios de SNAP, se requiere que usted:

- Esté trabajando (incluidos el trabajo a cambio de servicios y de voluntario) por un mínimo de 80 horas al mes; o
- Esté participando en actividades de trabajo hasta 80 horas al mes, lo que debe incluir experiencia de trabajo al igual que otras actividades apropiadas de Empleo y Capacitación de SNAP (SNAP Employment and Training – SNAPET) tal como asignadas; o
- Reciba y cumpla cabalmente con una asignación del Programa de Experiencia Laboral (Work Experience Program – WEP).

Por lo tanto, le hemos programado una cita **obligatoria** para que usted establezca que está cumpliendo los requisitos de trabajo del SNAP de ABAWD. Su cita aparece indicada más abajo. Favor de comparecer a tiempo.

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

Favor de traer esta carta con usted. Si usted está trabajando, debe traer comprobante de sus ingresos a la cita. Si cree que no puede participar en una actividad de trabajo, traiga documentación que sirva para respaldar su alegación, como un informe médico, una carta de asistencia escolar, etc. Puede que se le envíe a un examen médico si alega estar médicamente incapacitado para trabajar.

Si considera que ha sido indebidamente identificado como una persona sin dependientes, favor de comparecer a esta cita y traiga consigo toda la documentación apropiada que identifique a el/los miembro(s) dependiente(s) en su hogar.

Si ya está participando en una actividad de trabajo a la cual le hayamos enviado, traiga una nota de parte del programa.

Ante cualquier duda, llámenos antes de la fecha de su cita al \_\_\_\_\_.  
(número de teléfono)

Si usted tiene un problema físico, mental, o de aprendizaje que le dificulta transportarse a este nuevo local, favor de llamarnos al número más arriba.

**Esta cita de participación es obligatoria. El no acudir a ella puede resultar en la sanción de su caso de asistencia pública y/o de SNAP**

## Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Income Guidelines

**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.

- SNAP provides your family with assistance when buying food. They are used in place of cash to buy food at grocery stores or supermarkets.
- You don't have to be out of work to apply for SNAP. You can be employed and still be eligible for SNAP.
- You can own your own home and car and still be eligible for SNAP.
- If you are eligible, you will receive SNAP assistance within 30 days. Certain households with little income or savings, or with high shelter costs, can receive SNAP benefits within five days.

Family Size	1	2	3	4	5	6	7	8	Each additional member
<b>Maximum Gross Monthly Income</b>	\$1,180	\$1,594	\$2,008	\$2,422	\$2,836	\$3,249	\$3,663	\$4,077	+ \$414

- These new income limits are effective October 1, 2011.
- The Maximum Gross Monthly Income limits do not apply to SNAP households with an elderly or disabled individual, or if everyone in your household receives SSI, TANF, or SNA, you do not need to meet any income limit. Households that incur dependent care expenses are subject to higher gross income limits.

**To file a SNAP application, you may:**

- submit an application online through the **ACCESS NYC** website at [www.nyc.gov/accessnyc](http://www.nyc.gov/accessnyc) or the **MyBenefits** website at [www.mybenefits.ny.gov](http://www.mybenefits.ny.gov);
- mail your application to the **Division of SNAP Services, Mail Application & Referral Unit (MARU), P.O. Box 24510, Brooklyn, NY 11201**;
- fax your application to **(718) 834-3296** or **(718) 834-3299**;
- apply at a participating community based organization (CBO) [call 311 for a listing of participating CBO's]; or
- appear in person during the listed hours of operation for any of the SNAP Centers identified below.

Your SNAP application will be considered as filed if it contains a minimum of your name, address (if you have one), and a signature on the application. When your application is received, you will be contacted to schedule an eligibility interview.

If you are elderly or disabled or have a hardship such as child care, travel or work hours that make it difficult for you to have an in-office eligibility interview, you may request a telephone eligibility interview when we contact you.

Please review the enclosed SNAP Documentation Guide (**W-129G**), which lists some of the more common documents that can be used to verify each of the applicable eligibility factors. If you are mailing the application, please ensure that you enclose copies of all required documentation. If you plan to file the application in person, please bring originals of all required documentation. Providing the required documentation will assist us in expediting the processing of your SNAP application.

<b>New York City SNAP Centers</b> The following SNAP Centers are open from 8:30 AM to 5:00 PM, Monday through Friday (except legal holidays)				<b>Extended Hours Centers</b> The following SNAP Centers are open from 8:30 AM to 6:00 PM, Monday through Friday and 9:00 AM to 5:00 PM on Saturday (except legal holidays)	
<b>Manhattan</b>	East End – F02 2322 Third Avenue 3rd Floor New York, NY 10035	Washington Heights – F13 4055 10th Avenue Lower Level New York, NY 10034	St. Nicholas – F14 132 West 125th Street 3rd Floor New York, NY 10027	Waverly – F19 12 West 14th Street 4th Floor New York, NY 10011	
<b>Brooklyn</b>	Williamsburg – F21 30 Thornton Street 4th Floor Brooklyn, NY 11206	Coney Island – F22 3050 West 21 Street 1st Floor Brooklyn, NY 11224		Ft. Greene – F20 275 Bergen Street 1st Floor Brooklyn, NY 11217	
	North Brooklyn – F26 500 Dekalb Avenue 4th Floor Brooklyn, NY 11205	East New York – F28 404 Pine Street 1st Floor Brooklyn, NY 11208			
<b>Bronx</b>	Melrose – F40 260 East 161st Street 3rd Floor Bronx, NY 10451	Crotona – F46 1910 Monterey Avenue 5th Floor Bronx, NY 10457		Concourse – F45 1375 Jerome Avenue 2nd Floor Bronx, NY 10452	
<b>Queens</b>	Queens – F53 32-20 Northern Boulevard 2nd Floor Long Island City, NY 11101	Rockaway – F79 219 Beach 59th Street 1st Floor Rockaway, NY 11692		Jamaica – F54 165-08 88th Avenue 3rd Floor Jamaica, NY 11432	
<b>Staten Island</b>				Richmond – F99 201 Bay Street 2nd Floor Staten Island, NY 10301	

## Guía de Ingresos 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.

- Los beneficios del SNAP le proveen a su familia asistencia a la hora de comprar alimentos. Estos beneficios de SNAP se utilizan en lugar de dinero en efectivo para comprar alimentos en bodegas o supermercados.
- Usted no tiene que estar desempleado para solicitar beneficios de SNAP. Usted puede estar empleado y aun ser elegible para los beneficios de SNAP.
- Usted puede ser elegible para recibir beneficios de SNAP aun si es propietario(a) de su casa y automóvil.
- Si usted es elegible, recibirá asistencia de SNAP dentro de 30 días. Ciertos hogares con poco ingreso o ahorros, o con altos costos de alquiler, pueden recibir los beneficios de SNAP dentro de cinco días.

Miembros en la Familia	1	2	3	4	5	6	7	8	Cada miembro adicional
Máximo Ingreso Bruto Mensual	\$1,180	\$1,594	\$2,008	\$2,422	\$2,836	\$3,249	\$3,663	\$4,077	+ \$414

- Estos nuevos límites de ingresos entrarán en vigencia el 1 de octubre de 2011.
- Los límites del Máximo Ingreso Bruto Mensual no corresponden a hogares de SNAP con personas ancianas o incapacitadas, o si todos en su hogar reciben SSI, TANF, o SNA, usted no tiene que reunir ningún límite de ingreso. Los hogares que incurrir en gastos por cuidado de dependientes están sujetos a límites mayores de ingreso bruto.

**Para presentar una solicitud de SNAP, usted puede:**

- presentar una solicitud por el Internet mediante **ACCESS NYC** en [www.nyc.gov/accessnyc](http://www.nyc.gov/accessnyc) o a **MyBenefits** website at [www.mybenefits.ny.gov](http://www.mybenefits.ny.gov);
- enviar por correo su solicitud a la **Division of Food Stamp Services, Mail Application & Referral Unit (MARU), P.O. Box 24510, Brooklyn, NY 11201**;
- enviar por fax al **(718) 834-3296** o **(718) 334-3299**;
- presentar solicitar en una organización comunitaria (CBO) (llamar al 311 para una lista de CBO participantes); o
- presentarse en persona durante las horas laborales indicadas para cualquiera de los Centros de SNAP identificados abajo.

Su solicitud de SNAP se considerara presentada si contiene como minimo su nombre, dirección (de tenerla), y firma en la solicitud. Cuando se reciba su solicitud, nos comunicaremos con usted para programar una entrevista de elegibilidad.

Si usted es anciano o incapacitado o se le dificulta presentarse a una entrevista de elegibilidad en nuestra oficina debido a cuidado infantil, transporte o a su horario de trabajo, puede solicitar una entrevista de elegibilidad telefónica cuando nos comuniquemos con usted.

Por favor repase la Guía de Documentación de SNAP (**W-129G [S]**), adjunta que lista algunos de los documentos más comunes que se pueden utilizar para verificar cada uno de los factores de elegibilidad que corresponden.

Si usted va a enviar por correo su solicitud, favor de asegurarse de adjuntar copias de todos los documentos solicitados. Si piensa presentar la solicitud en persona, favor de traer originales de toda la documentación solicitada. El proporcionar la documentación solicitada permitirá acelerar el trámite de solicitud de SNAP.

<b>Centros de SNAP de la Ciudad de Nueva York</b> Los siguientes Centros de SNAP están abiertos de 8:30 AM a 5:00 PM, de lunes a viernes (excepto los días feriados oficiales)				<b>Centros Con Horarios Suplementarios</b> Los siguientes Centros de SNAP están abiertos de 8:30 AM a 6:00 PM, de lunes a viernes y de 9:00 AM a 5:00 PM el sábado (excepto los días feriados oficiales)	
<b>Manhattan</b>	East End – F02 2322 Third Avenue 3er piso New York, NY 10035	Washington Heights – F13 4055 10th Avenue planta baja New York, NY 10034	St. Nicholas – F14 132 West 125th Street 3er piso New York, NY 10027	Waverly – F19 12 West 14th Street 4to piso New York, NY 10011	
<b>Brooklyn</b>	Williamsburg – F21 30 Thornton Street 4to piso Brooklyn, NY 11206	Coney Island – F22 3050 West 21 Street 1er piso Brooklyn, NY 11224		Ft. Greene – F20 275 Bergen Street 1er piso Brooklyn, NY 11217	
	North Brooklyn – F26 500 Dekalb Avenue 4to piso Brooklyn, NY 11205	East New York – F28 404 Pine Street 1er piso Brooklyn, NY 11208			
<b>Bronx</b>	Melrose – F40 260 East 161st Street 3er piso Bronx, NY 10451	Crotona – F46 1910 Monterey Avenue 5to piso Bronx, NY 10457		Concourse – F45 1375 Jerome Avenue 2nd Floor Bronx, NY 10452	
<b>Queens</b>	Queens – F53 32-20 Northern Boulevard 2do piso Long Island City, NY 11101	Rockaway – F79 219 Beach 59th Street 1er piso Rockaway, NY 11692		Jamaica – F54 165-08 88th Avenue 3rd Floor Jamaica, NY 11432	
<b>Staten Island</b>				Richmond – F99 201 Bay Street 2do piso Staten Island, NY 10301	

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_

### Child Care Enrollment Call-In Notice

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

You were recently notified that your child care provider is no longer authorized for payment for one or more of your children.

You have a mandatory engagement appointment at Job Center \_\_\_\_\_

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Travel Directions:

**This is a mandatory engagement appointment. Failure to keep this appointment may result in a reduction in your Cash Assistance and/or SNAP benefits. Please call the telephone number above if you need to reschedule this appointment.**

**You must report to the Job Center with this form.**

In order to facilitate the child care process and eliminate the need for return appointments, we encourage you to begin the process of securing and/or documenting your child care prior to your child care appointment date.

If you already have selected another child care provider, you should complete the form that corresponds to the type of child care you have, as described below. If you have not already chosen another child care provider, please review the enclosed Child Care Fact Sheet and Planner Form (**CS-574EE**) for more information regarding the different types of child care providers and for information on arranging child care.

Once you have secured a child care provider:

- With your provider, complete the enclosed Child Care Provider Enrollment Supplement Form (**CS-274W**). Regulated providers only need to complete Form **CS-274W**.
- Informal (legally-exempt) child care providers are not required to have a license. If you are using a legally-exempt child care provider, one of the following forms must be completed and signed with the provider in addition to Form **CS-274W**:
  - Enrollment form for Providers of Legally-Exempt Family Child Care and Legally-Exempt In-Home Child Care (**OCFS-LDSS-4699**) (Legally-exempt family child care refers to child care provided outside of the parent's/legal guardian's home, usually a neighbor, friend or relative, for up to two children for more than three hours per day or for more than two children if care is provided for less than three hours per day.  
Legally-exempt in-home child care refers to child care provided in the parent's/legal guardian's home, usually by a neighbor, friend or relative.) Also, complete and bring to your appointment the following forms which apply to your case:
    - Employment of Minors (**OCFS-LDSS-4699.1**)
    - Employment of Minors Information (**OCFS-LDSS-4699.1A**)
    - Legally-Exempt In-Home Child Care Provider Agreement (**OCFS-LDSS-4699.2**)
    - Parental Responsibilities When Employing a Legally-Exempt In-Home Child Care Provider (**OCFS-LDSS-4699.2A**)
    - History of Criminal Convictions and Parental Acknowledgement (**OCFS-LDSS-4915**)
    - History of Day Care Enforcement and Parental Acknowledgement (**OCFS-LDSS-4916**)
    - History of Termination of Parental Rights and/or Court-Ordered Article 10 Removal and Parental Acknowledgement (**OCFS-LDSS-4917**)
  - Enrollment form for Provider of Legally-Exempt Group Child Care and Legally-Exempt In-Home Child Care (**OCFS-LDSS-4700**) (Legally-exempt group child care refers to all unlicensed child care other than by informal child care providers. Legally-exempt group child care includes, but is not limited to, child care programs run by school districts, private schools, nonprofit organizations, summer camps and day care centers.)

To obtain Forms **OCFS-LDSS-4699** and/or **OCFS-LDSS-4700** you may:

- Request the form(s) from your Worker at your Job Center; or
- Download the form(s) from: <http://www.ocfs.state.ny.us/main/forms>. You may access the Internet for free at any public library.

Once you have the correct form(s):

- Complete it with your child care provider, ensuring that both you and the provider have signed each section.
- Take the completed form(s) to the enrollment agency to be reviewed and stamped prior to your child care appointment.
- Bring the completed form(s) with you to your appointment.
- Your assignment may terminate on the appointment date on **page 1** if you have not secured child care by this date.

If you have any questions, please contact your Worker.



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número de Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_

### Aviso de Llamado a Cita de Inscripción de Cuidado Infantil

**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.

Recientemente a usted se le notificó de que su proveedor de cuidado infantil ya no está autorizado para pagos para uno o más de sus niños.

Usted tiene una cita de participación obligatoria en el Centro de Trabajo \_\_\_\_\_.

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

**Esta cita de participación es obligatoria. El no cumplir con esta cita puede resultar en una reducción de sus beneficios de Asistencia en Efectivo y/o del SNAP. Favor de llamar al número de teléfono más arriba si necesita reprogramar esta cita.**

**Usted tiene que presentarse al Centro de Trabajo con este formulario.**

Para facilitar el trámite de cuidado infantil y eliminar la necesidad de citas de vuelta, le recomendamos que comience a conseguir y/o documentar el cuidado infantil antes de la fecha de su cita de cuidado infantil.

Si usted ya ha seleccionado a otro proveedor de cuidado infantil, tiene que llenar el formulario que corresponde al tipo de cuidado infantil que tiene, según se indica más abajo. Si usted no ha elegido a otro proveedor de cuidado infantil, favor de repasar el adjunto formulario Hoja Informativa de Planificación de Cuidado Infantil (**CS-574EE-S**) para más información sobre los diferentes tipos de proveedores de cuidado infantil y sobre cómo arreglar cuidado infantil.



Una vez que usted haya conseguido proveedor de cuidado infantil:

- Junto con su proveedor, llene el adjunto Suplemento de Inscripción del Proveedor de Cuidado Infantil (**CS-274W-S**). Los proveedores regulados sólo tienen que llenar el formulario **CS-274W-S**.
- A los proveedores de cuidado infantil informales (legalmente exentos) no se les requiere que tengan licencia. Si usted está usando de un proveedor de cuidado infantil legalmente exento, tiene que llenar y firmar uno de los siguientes formularios junto con el proveedor además del formulario **CS-274W-S**:
  - El formulario Providers of Legally-Exempt Family Child Care and Legally-Exempt In-Home Child Care (**OCFS-LDSS-4699**) (Legalmente exento family child care se refiere al cuidado infantil que se brinda fuera del hogar de los padres/tutor legal, normalmente un vecino, amigo o pariente, hasta para dos niños por más de tres horas al día o para más de dos niños si el cuidado se brinda por menos de tres horas al día. El cuidado infantil legalmente exento en el hogar se refiere a cuidado infantil brindado en el hogar del padre/madre/tutor legal, normalmente por un vecino, amigo o pariente.) Además, llene y traiga a su cita los siguientes formularios que corresponden a su caso:
    - Employment of Minors (**OCFS-LDSS-4699.1**)
    - Employment of Minors Information (**OCFS-LDSS-4699.1A**)
    - Legally-Exempt In-Home Child Care Provider Agreement (**OCFS-LDSS-4699.2**)
    - Parental Responsibilities When Employing a Legally-Exempt In-Home Child Care Provider (**OCFS-LDSS-4699.2A**)
    - History of Criminal Convictions and Parental Acknowledgement (**OCFS-LDSS-4915**)
    - History of Day Care Enforcement and Parental Acknowledgement (**OCFS-LDSS-4916**)
    - History of Termination of Parental Rights and/or Court-Ordered Article 10 Removal and Parental Acknowledgement (**OCFS-LDSS-4917**)
  - Formulario Enrollment for Provider of Legally-Exempt Group Child Care and Legally-Exempt In-Home Child Care (**OCFS-LDSS-4700**) (Cuidado infantil legalmente exento en grupo se refiere a todo cuidado infantil sin licencia que no sea por parte de proveedores informales de cuidado infantil. El cuidado infantil en grupo legalmente exento incluye, entre otros, programas de cuidado infantil administrados por los distritos escolares, escuelas privadas, organizaciones sin fines de lucro, campamentos de verano y guarderías infantiles.)

Para obtener los formularios **OCFS-LDSS-4699** y/o **OCFS-LDSS-4700** usted puede:

- Solicitar los formularios a su Trabajador en el Centro de Trabajo; o
- Bajar los formularios de: <http://www.ocfs.state.ny.us/main/forms>. Usted puede entrar al Internet gratis en cualquier biblioteca pública.

Una vez que tenga los formularios correctos:

- Llénelos junto con su proveedor de cuidado infantil, y asegúrese de que ambos usted y el proveedor hayan firmado todas las secciones.
- Lleve los formularios llenados a la agencia de inscripción para ser revisados y sellados antes de su cita de cuidado infantil.
- Traiga los formularios llenados con usted a su cita.
- Su asignación puede terminarse el la fecha de la cita en la **página 1** si usted no ha conseguido cuidado infantil para esta fecha.

Si tiene cualquier pregunta, favor de comunicarse con su Trabajador.