



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 #12-76-OPE

REVISIONS TO FORMS W-100C, W-100E, W-100F, W-100G, W-100H, W-100J, W-100K, W-113K, W-145HH, AND W-532E

<p>Date: August 21, 2012</p>	<p>Subtopic: Forms</p>
<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 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 the following note has been added to all of the forms listed below:</p> <p style="text-align: center;">“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"> • Exclusion From Project Participation Form (W-100C) • De-Assignment Letter (W-100E) • Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Employability Assessment (W-100F) • Important Notice Regarding Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Work Requirements (W-100G) • Loss of Employment Form (W-100H) • Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Employment Declaration (W-100J) • Claim of In-Kind Work (W-100K) • Documentation Requirement and/or Assessment Follow-Up (W-113K) Form • Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need or Special Allowance (For Applicants Only) (W-145HH) • Participant Request for Review of Employability Status (W-532E)

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

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

Samples of the forms are attached.

Effective Immediately

Attachments:

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

- W-100C** Exclusion From Project Participation Form (Rev. 8/21/12)
- W-100C (S)** Exclusion From Project Participation Form (Spanish) (Rev. 8/21/12)
- W-100E** De-Assignment Letter (Rev. 8/21/12)
- W-100E (S)** De-Assignment Letter (Spanish) (Rev. 8/21/12)
- W-100F** Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Employability Assessment (Rev. 8/21/12)
- W-100F (S)** Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Employability Assessment (Spanish) (Rev. 8/21/12)
- W-100G** Important Notice Regarding Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Work Requirements) (Rev. 8/21/12)
- W-100G (S)** Important Notice Regarding Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Work Requirements (Spanish) (Rev. 8/21/12)
- W-100H** Loss of Employment Form (Rev. 8/21/12)
- W-100H (S)** Loss of Employment Form (Spanish) (Rev. 8/21/12)
- W-100J** Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Employment Declaration (Rev. 8/21/12)
- W-100J (S)** Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Employment Declaration (Spanish) (Rev. 8/21/12)
- W-100K** Claim of In-Kind Work (Rev. 8/21/12)
- W-100K (S)** Claim of In-Kind Work (Spanish) (Rev. 8/21/12)
- W-113K** Documentation Requirement and/or Assessment Follow-Up Form (Rev. 8/21/12)
- W-113K (S)** Documentation Requirement and/or Assessment Follow-Up Form (Spanish) (Rev. 8/21/12)
- W-145HH** Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need or Special Allowance (For Applicants Only) (Rev. 8/21/12)

W-145HH (S)	Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need or Special Allowance (For Applicants Only) (Spanish) (Rev. 8/21/12)
W-532E	Participant Request for Review of Employability Status (Rev. 8/21/12)
W-532E (S)	Participant Request for Review of Employability Status (Spanish) (Rev. 8/21/12)

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Exclusion From Project Participation Form

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.

I, _____, am claiming the following issue that will exclude me from project participation at this time:

- Special Assessment Issue
- Medical/Mental Health Issue
- Needed to care for an incapacitated person
- Alcohol/Drug Issue
- Child under 18 added to household
- Unable to work: Disability observed
- Student (enrolled at least half time)
- Receiving Unemployment Insurance Benefits
- Pregnant
- Refugee training program (participating at least half time)

SAMPLE

Comments entered in system by vendor regarding employment issue:

a) For all claimed issues except special assessment:

I understand that I have been de-assigned from the Back to Work employment vendor and that my SNAP Center may contact me to discuss this claim in the near future.

or:

b) For a special assessment:

You have been scheduled for a special assessment appointment. You have until the date listed below to appear for a special assessment interview.

Date: _____

Location: _____

Address: _____

Participant Signature: _____ Date: _____

Vendor Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____

Formulario de Exención de Participación del Proyecto

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.

Yo, _____, alego que lo siguiente me va a excluir de participación del proyecto:

- Problema de Evaluación Especial
- Problema de Salud Física/Mental
- Necesitado para cuidar a una persona incapacitada
- Problema de Alcohol/Drogas
- Un(a) niño(a) menor de 18 años añadido(a) al hogar
- No es apto para trabajar: Incapacidad ha sido observada
- Estudiante (matriculado por lo menos medio tiempo)
- Beneficiario de Seguro de Desempleo
- Embarazada
- Programa de Capacitación para Refugiado (participando por lo menos medio tiempo)

Comentarios ingresados al sistema por el contratista con respecto a la exención alegada:

a) Para todas las exenciones reclamadas excepto la evaluación especial:

Entiendo que se me ha cancelado la asignación del contratista de empleo de Regreso al Trabajo y es posible que mi Centro del SNAP se comunique conmigo para tratar sobre esta alegación en el futuro.

o:

b) Para una evaluación especial:

A usted se le ha programado una cita de evaluación especial. Tiene hasta la fecha indicada abajo para presentarse a la entrevista de evaluación especial.

Fecha: _____
Local: _____
Dirección: _____

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Contratista: _____ Fecha: _____

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

De-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 de-assigned from the Back to Work employment vendor as of _____, because your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) employability status has changed. You are no longer required to report to the employment vendor and you are not required to attend any of the employment activities that the vendor had previously assigned to you.

If your SNAP employability status changes in the future, you could be reassigned to an employment vendor and be required to comply with new employment activities.

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____

Carta de Cancelación 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 cancelado su asignación del contratista de empleo de Regreso al Trabajo a partir de _____, debido a que su estado de empleabilidad del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) ha cambiado. A usted ya no se le exige reportarse al contratista de empleo ni asistir a las actividades de empleo que el contratista le había asignado previamente.

Si el estado de empleabilidad del SNAP cambia en el futuro, a usted se le podría reasignar a un contratista de empleo y se le podría exigir que cumpla las nuevas actividades de empleo.

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

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Employability Assessment

Assessment Status:
Demographics

Printed on:

Participant Name:
Assessment Date:
Sex:
Vendor:

Case Number/Line Number:
DOB:
SNAP Center:

A) Pre-assessment

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) exclusion:

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Special Assessment Issue? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Medical/Mental Health Issue? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Needed to care for an incapacitated person? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Alcohol/Drug Issue? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Unable to work – disability observed? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Child under 18 added to household? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Student enrolled at least half-time? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Receive Unemployment Insurance Benefits? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Pregnant? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Refugee Training Program? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

Comments: _____

Verification of Hours and Wages reported:

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| Are you currently employed? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Are you currently working _____ hours per month? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| If No, how many hours? _____ | | |
| Is your monthly earned income currently \$_____? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| If No, how much? \$_____ | | |
| Is this your current employer _____ ? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| If No, the new employer is: _____ | | |
| Do you have valid employment documentation? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Job start date: _____ | | |

B) Employment Declaration

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Employment Declaration:

Job start date: _____ Date reported: _____ Date of my first pay: _____
Hours reported: _____ Wage(s): _____ Wage frequency: _____
Job title: _____ Documentary evidence: _____ How reported: _____
Employer: _____
Employer address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Work site: _____
Work site address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Employer's main telephone: _____ Participant's work telephone number: _____
Health Insurance out-of-pocket amount: \$ _____ Third-party insurance: _____

C) Employment History

Work Experience:

Are you currently employed? Yes No
Current employer, work address and work details:
Employer: _____ Job title: _____
Employer address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Work site: _____
Work site address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Employer's main telephone: _____ Participant's work telephone number: _____
Type of work schedule: Flexible Fixed

(If Fixed) Work schedule

	MON	TUES	WED	THURS	FRI	SAT	SUN
FROM:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
TO:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

(If Flexible)

Comments: _____

Do you work any In-kind hours? Yes No

Do you have valid In-kind documentation? Yes No

In-kind Category: _____ In-kind Site: _____

Address: _____

How many In-kind hours do you work per month? _____

Comments: _____

List of your last 3 Jobs (excluding current):

Employer	Occupation	Start Date	End Date	Reason for Leaving
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

D) Education and Training

Language Proficiency:

Native language: _____ If other, specify: _____

Can you: Speak English? Yes No Write in English? Yes No

Read English? Yes No

Education and Training:

Have you undertaken an education program in the last 3 years? No Yes

If Yes: Program name: _____ Start date: _____ End date: _____

Program name: _____ Start date: _____ End date: _____

High school diploma or GED? Yes No Highest grade/Level achieved: _____

Participant's employment goal: _____

Necessary steps to reach the goal: _____

Are you currently enrolled or requesting enrollment in a training program? Yes No

Licenses/Certificates:

Do you have any licenses/certificates? Yes No

If Yes: License/Certificate: _____ Date received: _____ Status: _____

E) Special Circumstances

Do you have a history of military service? Yes No

If Yes: Status: _____

Is there an active child support order against you? Yes No

Comments: _____

Do you have child support arrears? Yes No

Comments: _____

Do you have any criminal records or jail time? Yes No

If Yes: Nature of conviction: _____

Start date: _____ End date: _____

F) TABE Scores

Reading score: _____ Math Score: _____ Date of the test: _____

Test language: _____

G) Assigned Hours

Work hours per month

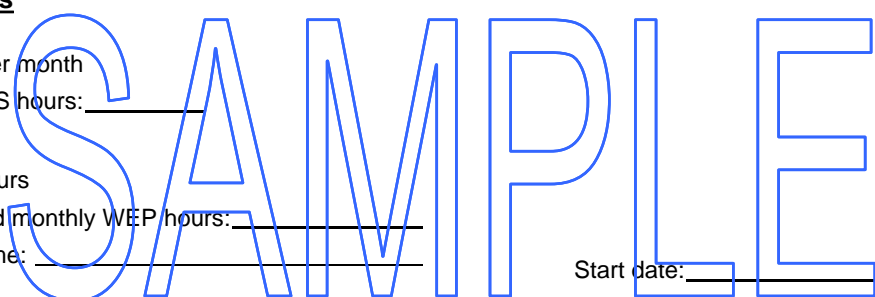
Reported WMS hours: _____

1. WEP hours

Required monthly WEP hours: _____

Site Name: _____

Start date: _____



WEP schedule

	MON	TUES	WED	THURS	FRI	SAT	SUN
FROM:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
TO:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

2. Job search hours

Required monthly job search hours: _____

Site Name: _____ Start date: _____

Job search schedule

	MON	TUES	WED	THURS	FRI	SAT	SUN
FROM:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
TO:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Effective date: _____ TOTAL ASSIGNED JOB RELATED ACTIVITIES HOURS: _____

H) Participant Certification

I understand that I am expected to attend each activity 100% of the time unless I have good cause not to. I must complete each step of the Employability Assessment unless I am determined to be exempt. Failure to complete any activity may result in the loss of my 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.

Participant Signature: _____ Date: _____

Vendor Signature: _____ Date: _____

SAMPLE

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Evaluación de Empleabilidad del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP])

Estado de Evaluación:

Imprimido el:

Datos Demográficos

Nombre del participante:

Número del Caso/Número de Línea:

Fecha de la Evaluación:

Fecha de Nacimiento:

Sexo:

Centro de SNAP:

Contratista:

A) Preevaluación:

Exclusión del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP):

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Problema de Evaluación Especial? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Problema de Salud Física/Mental? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Se le necesita para atender a una persona incapacitada? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Problema de Alcohol/Drogas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿No puede trabajar - incapacidad notable? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Se ha mudado un niño menor de 18 años de edad a su hogar? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Estudiante inscrito por lo menos a medio tiempo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Recibe usted Beneficios de Seguro de Desempleo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Actualmente Embarazada? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Programa de Capacitación de Refugiados? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Comentarios: _____

Verificación de Horas y Salario reportado:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Trabaja usted actualmente? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Trabaja usted actualmente _____ horas al mes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si No, ¿cuántas horas? _____ | | |
| ¿Su ingreso mensual es actualmente \$ _____? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si No, ¿cuánto? \$ _____ | | |
| ¿Su empleador actual es _____? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si No, el nuevo empleador es: _____ | | |
| ¿Tiene usted documentación para empleo válida? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Fecha de comienzo del trabajo: _____ | | |

B) Declaración de Empleo

Declaración de Empleo del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria:

Fecha de Comienzo del Trabajo: _____ Fecha del reporte: _____ Fecha de mi primer pago recibido: _____
Horas reportadas: _____ Salario(s): _____ Frecuencia de paga: _____
Cargo: _____ Pruebas Documentales: _____ Medio del reporte: _____
Empleador: _____
Dirección del Empleador: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Local de Trabajo: _____
Dirección del local de Trabajo: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono principal del empleador: _____ Teléfono de trabajo del participante: _____
Seguro de Salud pagado en efectivo: \$ _____ Seguro de tercera parte: _____

C) Historial de Empleo

Experiencia Laboral:

¿Está usted actualmente empleado(a)? Sí No
Empleador actual, dirección del trabajo y detalles del trabajo:
Empleador: _____ Cargo: _____
Dirección del Empleador: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Local de trabajo: _____
Dirección del local de trabajo: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono principal del empleador: _____ Número de teléfono del participante: + _____
Tipo de horario de trabajo: Flexible Fijo

(Si es Fijo) Horario de trabajo

	LUN	MAR	MIÉR	JUE	VIER	SÁB	DOM
DE:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
A:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

(Si es Flexible)

Comentarios: _____

¿Trabaja usted horas en especie? Sí No

¿Tiene usted documentación válida en especie? Sí No

Categoría en especie: _____ Local en especie: _____

Dirección: _____

¿Cuántas horas en especie trabaja usted al mes? _____

Comentarios: _____

Lista de sus últimos 3 trabajos (excluyendo el actual):

Empleador	Oficio	Fecha de Comienzo	Fecha Final	Razón por Dejar el Trabajo
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

D) Educación y Capacitación

Dominio de Idiomas:

Lengua materna: _____ Si otra, especifique: _____

Puede usted: ¿Hablar inglés? Sí No ¿Escribir inglés? Sí No

¿Leer inglés? Sí No

Educación y Capacitación:

¿Ha usted ingresado en un programa educacional en los últimos 3 años? Sí No

Si Sí: Nombre del Programa: _____ Fecha de comienzo: _____

Fecha final: _____

Nombre del Programa: _____ Fecha de comienzo: _____

Fecha Final: _____

¿Diploma de bachillerato o GED? Sí No

Grado máximo/nivel alcanzado: _____

Meta de empleo del participante: _____

Pasos necesarios para alcanzar la meta: _____

¿Está usted actualmente inscrito o solicitando inscripción a un programa de capacitación? Sí No

Licencias/Certificados:

¿Tiene usted alguna licencia/certificado? Sí No

Si Sí: Licencia/Certificado: _____ Fecha recibida: _____ Condición: _____

E) Circunstancias Especiales

¿Tiene usted historial de servicio militar? Sí No

Si Sí: Condición/Estado: _____

¿Tiene usted una orden de manutención de niños en su contra? Sí No

Comentarios: _____

¿Está usted atrasado en sus pagos de manutención de niños? Sí No

Comentarios: _____

¿Tiene usted historial delictivo o ha usted cumplido condena carcelaria? Sí No

Si Sí: Motivo de la condena: _____

Fecha de comienzo: _____ Fecha final: _____

F) Puntuación de TABE

Puntuación de Lectura: _____ Puntuación de Matemática: _____ Fecha del examen: _____

Idioma del examen: _____

G) Horas Asignadas

Horas de trabajo mensuales

Horas de WMS reportadas: _____

1. Horas de WEP

Horas de WEP necesarias al mes: _____

Nombre del Local: _____ Fecha de comienzo: _____

Horario de WEP

LUN MAR MIÉR JUE VIER SÁB DOM

DE: _____

A: _____

2. Horas de búsqueda de trabajo

Horas de búsqueda de trabajo necesarias: _____

Nombre del local: _____ Fecha de comienzo: _____

Horario de búsqueda de trabajo

LUN MAR MIÉR JUE VIER SÁB DOM

DE: _____

A: _____

Fecha de vigencia: _____

TOTAL DE HORAS DE ACTIVIDADES ASIGNADAS RELACIONADAS CON EL TRABAJO: _____

H) Certificación de participación

Entiendo que se espera que yo asista a cada actividad 100% del tiempo, a menos que yo tenga motivo justificado para no asistir. Debo llevar a cabo cada paso de la Evaluación de Empleabilidad a menos que se me determine exento. El incumplimiento de cualquier actividad podría resultar en la pérdida de mis 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.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Contratista: _____ Fecha: _____

SAMPLE

Date: _____
Case Number: _____
Center: _____

Important Notice Regarding Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Work Requirements

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.

As a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) participant, you may be required to participate in employment activities. If we determine that you are required to take part in a work activity, you will be assigned to an employment program.

The Human Resources Administration (HRA) is offering you the opportunity to select a program from the list attached to this notice. These programs are available to assist you with finding a job or, if you are working, to help you move to another job where you may earn more money.

These programs assist food stamp participants and are ready to provide you with the skills and services that could help train you for a job or connect you with an employer. There is no charge to you for enrolling in these programs.

HRA urges you to choose a program that is convenient for you from the list. You should visit that program during the hours listed and begin working with that provider.

Good luck in your job search.

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Centro: _____

Aviso Importante sobre Requisitos de Trabajo 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.

Como participante del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) puede que usted tenga que participar en actividades de empleo. Si nosotros determinamos que usted tiene que participar en una actividad de trabajo, se le asignará a un programa de empleo.

La Administración de Recursos Humanos (HRA) le está ofreciendo la oportunidad de seleccionar uno de los programas de la lista adjunta a este aviso. Estos programas están disponibles para ayudarle a conseguir un empleo o, si ya está trabajando, ayudarle a cambiarse a un empleo con mejor sueldo.

Estos programas ayudan a los participantes de cupones para alimentos y están listos para ofrecerle las aptitudes y servicios que le puedan capacitar o conectar con un empleador. No se le cobrará nada por inscribirse en estos programas.

La HRA le recomienda que escoja un programa de la lista que sea conveniente para usted. Usted debe visitar ese programa durante las horas listadas y comenzar a trabajar con el proveedor.

Buena suerte en su búsqueda de empleo.

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Loss of Employment Form

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.

I, _____, am claiming that I am no longer employed.

Comments entered by vendor:

SAMPLE

I understand that I have been de-assigned from the Back to Work employment vendor and that my SNAP Center will contact me to discuss this claim in the near future.

Participant Signature: _____ Date: _____

Vendor Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Formulario de Pérdida 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.

Yo, _____, declaro que ya no tengo empleo.

Comentarios anotados por el contratista:

SAMPLE

Entiendo que se me ha retirado de la asignación del contratista de empleo de Regreso al Trabajo (Back to Work Employment) y que mi Centro de SNAP se comunicará conmigo para tratar esta declaración en fecha próxima.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Contratista: _____ Fecha: _____

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

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Employment Declaration

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.

Job start date: _____ Date reported: _____ Date of first pay: _____

Hours reported: _____ Wage(s): \$ _____ Wage frequency: _____

Job title: _____ Documentary evidence: _____ How reported: _____

Employer: _____

Employer Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Work Site: _____

Work Site Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Employer's main telephone number: _____

Client's work telephone number: _____

Health Insurance out-of-pocket amount: \$ _____ Third-party insurance: _____

By signing this SNAP Employment Declaration, I certify that the above information is correct. I understand that I will be de-assigned from the Employment Vendor for rebudgeting of my SNAP Case.

Participant's Signature: _____ Date: _____

Vendor's Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Número de Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____

Declaración de Empleo 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.

Fecha de comienzo del empleo: _____ Fecha en que se reportó: _____ Fecha del primer pago: _____
Horas reportadas: _____ Salario(s): \$ _____ Frecuencia de paga: _____
Cargo en el empleo: _____ Documentos comprobantes: _____ Forma del reporte: _____

Empleador: _____
Dirección del Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Local de Trabajo: _____
Dirección del Local de Trabajo: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono principal del empleador: _____
Número de teléfono principal del cliente: _____
Cantidad de Desembolso por Seguro de Salud: \$ _____ Seguro de terceros: _____

Al firmar la Declaración de Empleo del SNAP, doy fe de que la información de arriba es correcta. Entiendo que se me retirará de la asignación del contratista de Empleo para hacerle cambios al presupuesto de mi caso de SNAP.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Contratista: _____ Fecha: _____

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

Claim of In-Kind Work

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.

I, _____ am claiming that I currently work in exchange for goods or services ("in-kind work").

Comments entered in the system by vendor regarding in-kind work

SAMPLE

I understand that I have been de-assigned from the Back to Work Employment vendor and that my SNAP Center may contact me to discuss this claim in the near future.

Participant Signature: _____ Date: _____

Vendor Signature: _____ Date: _____

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

Afirmación de Trabajo en Especie

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.

Yo, _____ afirmo que estoy actualmente realizando trabajo por intercambio de bienes y servicios ("trabajo en especie").

Comentarios ingresados en el sistema por el contratista con respecto al trabajo en especie

SAMPLE

Tengo entendido que he sido retirado del contrato de Regreso al Trabajo y que el Centro de SNAP podría comunicarse conmigo para tratar esta afirmación en un futuro.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Contratista: _____ Fecha: _____

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center Number: _____
SNAP Filing Date: _____
Subject: _____

Documentation Requirements and/or Assessment Follow-Up

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.

In order to determine your current or continued eligibility for Cash Assistance (CA), Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Medical Assistance (MA), or to process your request for an allowance or special status you must provide the documents indicated below, together with this form, by the due date. If you cannot get the required documents/information by the due date, contact your Worker and ask for an extension. If you cannot get the required documents/information at all, contact your Worker immediately, as he/she may assist you in obtaining the required documents/information. The **W-119D**, which lists the common documents that may be used to verify any eligibility factors listed on **page 2**, is attached.

Due Date: _____ Must see Worker upon return.

Forms Reminder (Please return the following Agency form(s), completed and signed where necessary.)

<input type="checkbox"/> LDSS-2474 SSI Referral and Certification of Contact <input type="checkbox"/> M-15 Inquiry Regarding Veteran's Benefits/Allowment <input type="checkbox"/> W-146E Request to Pay Rent Arrears in Excess of PA Maximum Shelter Allowance <input type="checkbox"/> W-146W Verification of Tenant's Rent in Section 8 Housing <input type="checkbox"/> W-147CC Certification of Move Statement <input type="checkbox"/> W-147M Landlord's Statement (Regarding Broker's Fee) <input type="checkbox"/> W-147Q Primary Tenant's Statement Regarding Occupancy of Secondary Tenant	<input type="checkbox"/> W-274U Attestation of Employment as an Informal Child Care Provider <input type="checkbox"/> W-299 Notice to Applicants and Participants Regarding Third Party Health Insurance <input type="checkbox"/> W-451 NYPD – New York Police Department Report/Referral <input type="checkbox"/> W-582A Family Care Assessment <input type="checkbox"/> W-700E School Attendance Verification Letter
---	---

CA Appointment Reminder

<input type="checkbox"/> BEV – Bureau of Eligibility Verification Appointment <input type="checkbox"/> OCSE – Office of Child Support Enforcement Appointment <input type="checkbox"/> BTW (Back to Work) Vendor Appointment	<input type="checkbox"/> CASAC – Credentialed Alcoholism/and Substance Abuse Counselor Appointment <input type="checkbox"/> WeCARE – Wellness, Comprehensive Assessment, Rehabilitation and Employment Medical Provider Appointment <input type="checkbox"/> ACS – Agency for Children's Services Appointment
--	---

Notes: For FS, copies of documents are acceptable whenever proof of eligibility is presented. For CA and MA, original documents are needed to verify identity and citizenship/alien status. Copies of documents for all Eligibility Factors other than identity and citizenship/alien status are acceptable.

The following household member(s) must return in person for the reason indicated below:

Name of Household Member	<input type="checkbox"/> To be finger-imaged	<input type="checkbox"/> For an employability assessment	<input type="checkbox"/> To sign the cash assistance application
Name of Household Member	<input type="checkbox"/> To be finger-imaged	<input type="checkbox"/> For an employability assessment	<input type="checkbox"/> To sign the cash assistance application
Name of Household Member	<input type="checkbox"/> To be finger-imaged	<input type="checkbox"/> For an employability assessment	<input type="checkbox"/> To sign the cash assistance application
Name of Household Member	<input type="checkbox"/> To be finger-imaged	<input type="checkbox"/> For an employability assessment	<input type="checkbox"/> To sign the cash assistance application

Outstanding documentation – see the **W-119D** for a list of documents that can be used to verify the outstanding Eligibility Factors.

Name	Eligibility Factor

SAMPLE

If this notice does not indicate that you (case head) must see the Worker, you may submit any required documents/information by mail. However, it remains your responsibility to ensure that the required information reaches the Agency by the prescribed deadline.

FAILURE TO SUBMIT VERIFICATION/DOCUMENTATION OR FAILURE TO CONTACT YOUR WORKER ON OR BEFORE THE DUE DATE MAY MAKE YOU INELIGIBLE FOR CASH ASSISTANCE AND/OR SNAP, OR MAY CAUSE A REDUCTION IN YOUR CASH ASSISTANCE AND/OR SNAP BENEFITS FOR A SPECIFIC PERIOD OF TIME.

Notes: For FS, copies of documents are acceptable whenever proof of eligibility is presented. For CA and MA, original documents are needed to verify identity and citizenship/alien status. Copies of documents for all Eligibility Factors other than identity and citizenship/alien status are acceptable.

***By signing this notice, you (applicant/participant) are acknowledging that you have received notification of all reminders, required referrals, and dates of appointments as indicated in this notice.**

 Applicant/Participant's Signature Date

 Worker's Signature Date

 Worker's Telephone Number

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Número del Centro: _____

Fecha de Registro de SNAP: _____

Tema: _____

Requisitos de la Documentación y/o Seguimiento de Evaluación

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.

Para llegar a una determinación de su actual estado de elegibilidad de Asistencia en efectivo, Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria, Asistencia Médica y/o procesar su pedido para una asignación o condición especial usted debe proporcionar los documentos y/o datos indicados abajo, junto con el presente formulario, a más tardar para la fecha de presentación. Si no puede conseguir los documentos/datos necesarios para dicha fecha, comuníquese con su Trabajador y pida una extensión. Si le es imposible conseguir los documentos/datos necesarios comuníquese con su Trabajador puesto que éste puede ayudarle a obtener los documentos/datos necesarios. El **W-119D (S)**, que lista los documentos comunes que pueden servir para comprobar los factores de elegibilidad indicados en la **página 2**, se encuentra adjunto.

Fecha de Presentación: _____ Tiene que reunirse con el Trabajador al regresar.

Recordatorio de Formularios (Favor de devolver el/los siguiente(s) formulario(s) de la Agencia, llenado(s) y firmado(s) si necesario.)

<input type="checkbox"/> LDSS-2474 (S) SSI Referencia y Certificación de Contacto <input type="checkbox"/> M-15 (S) Investigación Respecto a Beneficios de Veteranos/Asignación <input type="checkbox"/> W-146E (S) Solicitud para Pagar Alquiler Atrasado que Exceda la Asignación Máxima de Asistencia en Efectivo para Refugio <input type="checkbox"/> W-146W (S) Verificación del Alquiler del Inquilino, Sección 8 <input type="checkbox"/> W-147CC (S) Certificación Respecto a Declaración de Mudanza <input type="checkbox"/> W-147M (S) Declaración del Casero (Respecto a Honorarios del Agente) <input type="checkbox"/> W-147Q (S) Declaración del Inquilino Principal con Respecto a la Ocupación del Inquilino Secundario	<input type="checkbox"/> W-274U (S) Atestación de Empleo como Proveedor de Cuidado Infantil Informal <input type="checkbox"/> W-299 (S) Aviso a Solicitantes y Participantes con Respecto a Seguros de Salud de Tercera Persona <input type="checkbox"/> W-451 (S) NYPD – Reporte del Departamento de la Policía de Nueva York/ Referencia <input type="checkbox"/> W-582A (S) Evaluación de Cuidado Familiar <input type="checkbox"/> W-700E (S) Carta de Verificación de Asistencia a la Escuela
---	---

Recordatorio de Cita de Asistencia En Efectivo

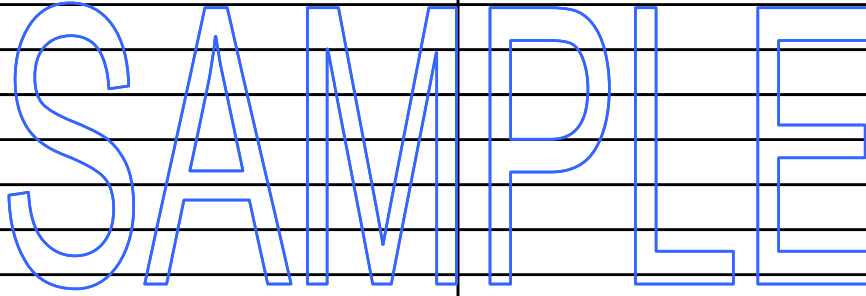
<input type="checkbox"/> BEV – (Bureau of Eligibility Verification) Cita en la Oficina de Verificación de Elegibilidad <input type="checkbox"/> OCSE – (Office of Child Support Enforcement Appointment) Cita en la Oficina de Aplicación de Manutención de Niños <input type="checkbox"/> De Regreso al Trabajo (Back to Work) Cita del Contratista	<input type="checkbox"/> CASAC – (Credentialed Alcoholism/and Substance Abuse Counselor Appointment) Cita con el Consejero de Control de Abuso de Alcoholismo/Sustancias <input type="checkbox"/> WeCARE – (Wellness, Comprehensive Assessment, Rehabilitation and Employment Medical Provider Appointment) Cita con el Proveedor Médico de Bienestar, Evaluación Total, Rehabilitación y Empleo <input type="checkbox"/> ACS – (Agency for Children's Services Appointment) Cita en la Agencia de Servicios al Niño
---	---

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

El/los siguiente(s) miembro(s) del hogar tiene(n) que regresar en persona por la razón indicada más abajo:

Nombre del Miembro del Hogar	<input type="checkbox"/> Para que se le tomen imágenes digitales	<input type="checkbox"/> Para una evaluación de empleabilidad	<input type="checkbox"/> Para firmar la solicitud de asistencia en efectivo
Nombre del Miembro del Hogar	<input type="checkbox"/> Para que se le tomen imágenes digitales	<input type="checkbox"/> Para una evaluación de empleabilidad	<input type="checkbox"/> Para firmar la solicitud de asistencia en efectivo
Nombre del Miembro del Hogar	<input type="checkbox"/> Para que se le tomen imágenes digitales	<input type="checkbox"/> Para una evaluación de empleabilidad	<input type="checkbox"/> Para firmar la solicitud de asistencia en efectivo
Nombre del Miembro del Hogar	<input type="checkbox"/> Para que se le tomen imágenes digitales	<input type="checkbox"/> Para una evaluación de empleabilidad	<input type="checkbox"/> Para firmar la solicitud de asistencia en efectivo

Documentación pendiente – vea el **W-119D (S)** para una lista de documentos que pueden usarse para verificar los Factores de Elegibilidad pendiente.


Nombre	Factor de Elegibilidad
	

Si este aviso no indica que usted (jefe del caso) tiene que reunirse con su Trabajador al regresar, puede enviar los documentos/información por correo. Sin embargo, sigue siendo su responsabilidad que la información requerida llegue a la Agencia a más tardar para la fecha de entrega.

EL NO PRESENTAR VERIFICACIÓN/DOCUMENTACIÓN O NO COMUNICARSE CON NOSOTROS A MÁS TARDAR EN LA FECHA DE PRESENTACIÓN PUEDE RESULTAR EN LA PÉRDIDA DE SU ELEGIBILIDAD RESPECTO A ASISTENCIA EN EFECTIVO Y/O SNAP, O PUEDE CAUSARLE UNA REDUCCIÓN EN SUS BENEFICIOS DE ASISTENCIA EN EFECTIVO Y/O BENEFICIOS DE SNAP DURANTE UN PERÍODO DE TIEMPO ESPECÍFICO.

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

***Al firmar el presente aviso usted (solicitante/participante) acusa recibo de notificación de todo recordatorio, envíe necesario, y fecha de cita, según indicados en este aviso.**

 Click here to insert a picture

Firma del Solicitante/Participante

Fecha

Firma del Trabajador

Fecha

Número de Teléfono del Trabajador

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

Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need or Special Allowance (For Applicants Only)

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 application(s) is/are explained below next to the marked box(es) .

Immediate Needs

This notice applies only to your request for assistance to meet an immediate need. If you have also applied for ongoing cash assistance, this notice does not affect your application for ongoing Cash Assistance. You will also receive a notice advising you of this Agency's decision on your application for ongoing Cash Assistance when your eligibility has been determined.

If your application for ongoing Cash Assistance is denied for failure to comply with eligibility requirements, a second request for an immediate needs/emergency grant for "no food" or items relating to personal care, filed within three months of the original application denial, may also be denied unless you can document good cause for your original failure to comply.

On _____, you requested assistance to meet an immediate need of:

We are giving you this notice to tell you that your request for an immediate needs grant was evaluated and the following decision was made:

- An emergency preinvestigation grant in the amount of \$ _____ will be available to you on _____.
(Date)
- An emergency grant (one-shot deal) has been provided in the amount of \$ _____ for _____.
- A personal care kit has been provided on _____.
(Date)
- A Goodwill Voucher has been provided in the amount of \$ _____ for _____ on _____.
(Date)
- If this box is checked, you are responsible for repaying \$ _____ as shown:
 - This amount must be repaid to us in accordance with the agreement to repay that you signed on _____.
(Date)
 - You must repay the amount shown above because it is more than the Human Resources Administration (HRA) shelter maximum of \$ _____ for your family size of _____ for each month of arrears that HRA agreed to pay.

Immediate Needs (Continued)

- Assistance to meet a food-related immediate need is denied because you:
- failed to establish/document identity
 - have excess resources
 - are an undocumented alien
 - received an immediate needs grant in the past 90 days and failed to subsequently comply with eligibility requirements
 - were issued same day SNAP
 - other reason for denial (please specify):

- Assistance to meet a nonfood-related immediate need is denied because you:
- failed to establish/document identity
 - have excess resources
 - are an undocumented alien
 - received an immediate needs grant in the past 90 days and failed to subsequently comply with eligibility requirements
 - applied for Cash Assistance on _____ (within the last three months) and were issued one of the following: _____ (Date)
 - immediate need(s) grant(s)
 - personal care kit(s)
 - Goodwill Voucher(s)
 - other grants (please specify):

and subsequently, failed to comply with the eligibility requirements without good cause. The regulations that allow us to do this are 18 NYCRR § 351.1, § 351.8, and § 352.7.

- Other action taken on your application:

Medical Assistance

- If you need help with your medical bills, you must apply separately for Medical Assistance. If you want more information about eligibility for Medical Assistance, call the Worker's telephone number listed on **page 1**.
- Your Medical Assistance stays the same.
- Your application for Medical Assistance is being reviewed. We will send you our decision within 30 days.

**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

If you think our decision was wrong, you can ask for a review of our decision. We will correct our mistakes. You can do both 1 and 2:

1. Ask for a meeting (conference) with one of our supervisors;
2. Ask for a State Fair Hearing with a State hearing officer.

1) 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 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.

2) STATE FAIR HEARING

You have the following number of days from the date of this notice to ask for a Fair Hearing:

Benefit Area	Time Limit
Cash Assistance, Medical Assistance, Social Services	60 days
SNAP Benefits	90 days

If this notice is telling you that you must repay cash assistance because you signed a repayment agreement, or because the shelter arrears that HRA agreed to pay is more than the HRA shelter maximum, and if you do not agree that you must repay or you do not agree with the amount HRA says you must repay, you must call for a Fair Hearing. If you do not call for a Fair Hearing, you cannot claim in the future that the Agency's decision that you owe the debt was wrong. The time limit for calling for a Fair Hearing on the issue of the repayment is the same as the limit for any cash assistance action this notice is telling you about, 60 days.

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>

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

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. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. 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 this person a letter to show the Hearing Officer that you want this person to represent you at the hearing.

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.

At the hearing, you and your lawyer or other representative will have a chance to explain why we are wrong and a chance to give the Hearing Officer written papers that explain why we are wrong.

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, or doctor's statements.

At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

IF YOUR SITUATION IS EXTREMELY SERIOUS, THE STATE WILL ATTEMPT TO PROCESS YOUR REQUEST FOR A FAIR HEARING AS QUICKLY AS POSSIBLE. IF YOU CALL TO REQUEST A FAIR HEARING, PLEASE BE PREPARED TO EXPLAIN YOUR SITUATION TO THE PERSON WHO ANSWERS THE TELEPHONE. IF YOU WRITE, FAX OR CONTACT US ONLINE INSTEAD, PLEASE BE SURE TO EXPLAIN YOUR SITUATION.

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 1** of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

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

Print Name: _____ Case Number: _____

Name M.I. Last Name

Address: _____

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

Signature: _____ Date: _____

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

Aviso de Decisión sobre la Asistencia para Cubrir una Necesidad Inmediata o Asignación Especial (Sólo para Solicitantes)

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 respecto a su(s) solicitud(es) se explica(n) más abajo junto a la(s) casilla(s) marcada(s) .

Necesidades Inmediatas

Este aviso corresponde solamente a su solicitud de asistencia para cubrir una necesidad inmediata. Si usted también ha solicitado Asistencia en Efectivo continua, este aviso no afecta su solicitud de dicha asistencia. Usted también recibirá un aviso notificándole de la decisión de esta Agencia sobre su solicitud de Asistencia en Efectivo continua cuando se haya determinado su elegibilidad.

Si su solicitud de Asistencia en Efectivo continua es rechazada debido a incumplimiento de requisitos de elegibilidad, puede que también se rechace una segunda solicitud de concesión de emergencia/necesidad inmediata para artículos "no alimentarios" relacionados con el cuidado personal, si la misma es presentada menos de tres meses después de haber sido rechazada la primera solicitud, a menos que usted muestre pruebas válidas que justifiquen su incumplimiento respecto a los requisitos de la primera solicitud.

El _____, usted solicitó asistencia para cubrir una necesidad inmediata de:

Por medio del presente aviso le informamos que hemos evaluado su solicitud respecto a una concesión para cubrir necesidades inmediatas y la decisión es la siguiente:

- Una concesión de emergencia preinvestigación por la cantidad de \$ _____ estará a su disposición el _____
(Fecha)
- Se le ha otorgado una concesión única de emergencia por la cantidad de \$ _____ para _____
- Se le ha facilitado un botiquín de cuidado personal (personal care kit) el _____
(Fecha)
- Se le ha otorgado un Comprobante de Buena Voluntad de \$ _____ para _____ el _____
(Fecha)
- Si se marca esta casilla, usted es responsable por el reembolso de \$ _____ como indicado:
 - Esta cantidad se nos tiene que pagar conforme al acuerdo de reembolso que usted firmó el _____
(Fecha)
 - Usted tiene que reembolsar la cantidad indicada más arriba porque es superior al máximo de albergue de la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) de \$ _____ para el tamaño de su familia con _____ personas para cada mes de atraso que HRA acordó pagar.

Necesidades Inmediatas (Continuación)

- Asistencia para cubrir una necesidad inmediata relacionada con la alimentación se le ha rechazado porque:
- no estableció/documento la identidad
 - tiene recursos en exceso
 - es un extranjero indocumentado
 - recibió una concesión para necesidades inmediatas en los últimos 90 días y no cumplió posteriormente los requisitos de elegibilidad
 - a usted se le expedieron beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) el mismo día
 - Otro razón por el rechazo (por favor especifique):

- Asistencia para cubrir una necesidad inmediata no relacionada con la alimentación se le ha rechazado porque:
- no estableció/documento la identidad
 - tiene recursos en exceso
 - es un extranjero indocumentado
 - recibió una concesión para necesidades inmediatas en los últimos 90 días y no cumplió posteriormente los requisitos de elegibilidad
 - solicitó Asistencia en Efectivo el _____ (dentro de los últimos tres meses), usted recibió:

- (Fecha)
- concesión(es) para necesidades inmediatas
 - botiquín(es) de cuidado personal
 - Comprobante(s) de Buena Voluntad
 - Otras concesiones (por favor especifique):

y posteriormente, no cumplió con los requisitos de elegibilidad sin motivo justificado. Los reglamentos que nos permiten hacer esto son 18 NYCRR § 351.1, § 351.8, y § 352.7.

- Otras acciones tomadas hacia su solicitud:

Asistencia Médica

- Si usted necesita ayuda para pagar sus facturas médicas, tiene que solicitar Asistencia Médica por separado. Si desea más información sobre elegibilidad para Asistencia Médica, llame al número de teléfono de su Trabajador en la **página 1**.
- Su Asistencia Médica permanecerá sin cambios.
- Se está evaluando su solicitud de Asistencia Médica. Le enviaremos nuestra decisión dentro de 30 días.

**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.**

Sección sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

Si usted cree que nuestra decisión fue equivocada, puede solicitar una revisión de nuestra decisión. Corregiremos nuestros errores. Usted puede tomar ambas medidas 1 y 2:

1. Solicitar una reunión (conferencia) con unos de nuestros supervisores;
2. Solicitar una audiencia imparcial Estatal con un Oficial de Audiencia Imparcial.

1) CONFERENCIA

Si usted cree que nuestra decisión es errónea, o si no entiende nuestra decisión, favor de llamarnos para programar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales (Fair Hearing and Conference – FH&C) en la **página 1** de este aviso o escriba a la dirección en la **página 1** de este aviso. A veces esta resulta ser la manera más rápida de resolver un problema que usted pueda tener. Le recomendamos a que así haga, aun si ha solicitado una Audiencia Imparcial. El solicitar una conferencia no le impide solicitar además una Audiencia Imparcial.

2) AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Usted tiene el siguiente número de días desde la fecha de este aviso para solicitar una Audiencia Imparcial:

Tipo de Beneficios	Plazo Límite
Asistencia en Efectivo, Asistencia Médica, Servicios Sociales	60 días
Beneficios de SNAP	90 días

Si este aviso le indica que usted debe reembolsar Asistencia en Efectivo porque firmó un acuerdo de reembolso, o porque los pagos atrasados de albergue que la HRA acordó reembolsar suman más que el máximo para albergue de la HRA, y si usted no está de acuerdo en efectuar este reembolso o si no está de acuerdo con la cantidad que la HRA estipula que usted debe reembolsar, debe llamar para solicitar una Audiencia Imparcial. Si usted no llama para una Audiencia Imparcial, no podrá reclamar posteriormente que la decisión de la agencia que usted tiene una deuda fue errónea. El plazo límite para llamar para una audiencia imparcial sobre el reembolso es el mismo que el plazo límite para cualquier medida de Asistencia en Efectivo sobre la cual este aviso le informa, 60 días.

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted cree que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son erróneo, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, 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 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 electrónica conectándose a:
<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

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

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. Usted puede traer a la audiencia a un abogado, un pariente, un amigo, o alguien para que le ayude con este propósito. Si usted no puede presentarse en persona, puede enviar a alguien que le represente. Si va a enviar a alguien que no es abogado a la audiencia que le represente, debe darle a esa persona una carta para el oficial de audiencias que indique que usted desea que esta persona le represente en la audiencia.

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.

Durante la audiencia, usted y su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de explicar por qué estamos equivocados y la oportunidad de entregarle al Oficial de Audiencias documentos que aclaren por qué estamos equivocados.

Para ayudarle a explicar en la audiencia por qué usted cree que estamos equivocados, usted debe traer a cualquier testigo que le puedan ayudar. Además, debe traer cualquier documento que tenga, como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas, declaraciones médicas.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya.

SI SU SITUACIÓN ES EXTREMADAMENTE GRAVE, EL ESTADO INTENTARÁ TRAMITAR SU PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL LO MÁS RÁPIDO POSIBLE. SI USTED LLAMA PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA, FAVOR DE ESTAR LISTO PARA EXPLICAR SU SITUACIÓN A LA PERSONA QUE CONTESTE EL TELÉFONO. SI ESCRIBE, FAXEA O SE COMUNICA CON NOSOTROS POR INTERNET, NO FALTE EN EXPLICAR SU SITUACIÓN.

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

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

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **página 1** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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

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

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

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

Participant Request for Review of Employability Status

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.

I claim that I am exempt from the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) work requirements because:

SAMPLE

Participant's Signature Date

In order to review your claim of being exempt from the SNAP work requirements, we need the documentation indicated below.

We need the information listed above on or before _____ in order to consider your claim of exemption from the SNAP work requirements. If you have any questions please call _____ or report to this office.

Worker's Signature Date

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____

Petición del Participante para Revisar Su Empleabilidad

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.

Yo afirmo que soy exento de los requisitos de trabajo del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) porque:

SAMPLE

Firma del Participante Fecha

Para poder revisar su afirmación de que usted es exento de los requisitos de trabajo del SNAP, necesitaremos los documentos indicados más abajo:

Nosotros necesitamos la información que se menciona arriba en o antes del _____, para poder tomar en cuenta su afirmación de la exención de los requisitos de trabajo del SNAP. Si tiene alguna pregunta, favor de llamar al _____ o preséntese a esta oficina.

Firma del Trabajador Fecha