



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 # 12-81-OPE

REVISIONS TO FORMS M-327, M-327F, M327HH, M-328H, M-328J, M-528M, M-528N, AND M-528P

<p>Date: August 22, 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 Food Stamp (NCA FS) Center staff and Job Center staff that the New York State Legislature and the New York State Governor’s Office have changed the name of the Food Stamp Program to the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). Therefore, any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits, and any reference to NCA FS Centers shall mean NCA SNAP Centers.</p> <p>In preparation of this change, which is effective August 29, 2012 the forms listed below have been revised:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparison Chart—Impact on Families Before and After Sixty (60)-Month Time Limit (M-327) • Time Limit Reassessment Interview (M-327f) • Important Notice Regarding Your Eligibility for Cash Assistance and Food Stamps (M-327hh) • Notice of Intent to Reduce Cash Assistance and/or Food Stamps due to Receipt of Social Security Benefits (M-328h) • Notice of Intent to Reduce Public Assistance - Public Shelter Resident (M-328J) • Child Care Guarantee Informational (M-528m) • Request for Child Care Assistance or Request to Close My Cash Assistance (CA) Case (M-528n) • Child Care In Lieu Of Cash Assistance (CILOCA) Discussion Guide (M-528p) <p>In addition, the following forms have updated Agency logos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • M-327 • M-327f • M-328j

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

Samples of the forms are attached.

Effective Immediately

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

Attachments:

M-327	Comparison Chart—Impact on Families Before and After Sixty (60)-Month Time Limit (Rev. 8/22/12)
M-327f	Time Limit Reassessment Interview (Rev. 8/22/12)
M-327f (S)	Time Limit Reassessment Interview (Rev. 8/22/12) (Spanish)
M-327hh	Important Notice Regarding Your Eligibility for Cash Assistance and Food Stamps (Rev. 8/22/12)
M-327hh (S)	Important Notice Regarding Your Eligibility for Cash Assistance and Food Stamps (Rev. 8/22/12)
M-328h	Notice of Intent to Reduce Cash Assistance and/or Food Stamps due to Receipt of Social Security Benefits (Rev. 8/22/12)
M-328h (S)	Notice of Intent to Reduce Cash Assistance and/or Food Stamps due to Receipt of Social Security Benefits (Spanish) (Rev. 8/22/12)
M-328j	Notice of Intent to Reduce Public Assistance - Public Shelter Resident (Rev. 8/22/12)
M-328j (S)	Notice of Intent to Reduce Public Assistance - Public Shelter Resident (Spanish) (Rev. 8/22/12)
M-528m	Child Care Guarantee Informational (Rev. 8/22/12)
M-528m (S)	Child Care Guarantee Informational (Spanish) (Rev. 8/22/12)
M-528n	Request for Child Care Assistance or Request to Close My Cash Assistance (CA) Case (Rev. 8/22/12)
M-528n (S)	Request for Child Care Assistance or Request to Close My Cash Assistance (CA) Case (Spanish) (Rev. 8/22/12)
M-528p	Child Care In Lieu Of Cash Assistance (CILOCA) Discussion Guide (Rev. 8/22/12)

Comparison Chart – Impact on Families Before and After Sixty- (60) Month Time Limit

Temporary Assistance Impacts

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.

	Families With Children on Family Assistance (FA)/Safety Net Federally Participating (SNFP)	Families With Children Moving to Safety Net Assistance (SNA) Due to 60-Month Limit	
		SNCA	SNNC
Time Limit	<ul style="list-style-type: none"> 60 months if not exempt. If an exemption is granted, no time limit. 	<ul style="list-style-type: none"> 24 months. Can receive cash SNA if the adult in the household is work-exempt. 	<ul style="list-style-type: none"> No Time Limit
Time Limit Exemptions	<ul style="list-style-type: none"> Hardship generally based on long-term disability that rules out work. Domestic-violence caused short-term disability may also serve as an exemption granted at the 60th month. Employment Status (ES) codes that may qualify for an exemption are 36, 38, 43, 47, 48, and 49. 	<ul style="list-style-type: none"> If at least one adult in the household is work-exempt, the family is exempt from the 24-month time limit on cash SNA. FA/SNFP households at the 60-month time limit who meet this criteria may receive Cash Assistance in the SNCA category. 	
Standard of Need	<ul style="list-style-type: none"> Must pass the 135% gross income test. 		
Amount of Grant	<ul style="list-style-type: none"> Based on household size and standard of need. 		
Method of Payment	<ul style="list-style-type: none"> Rent and utilities must be restricted. 		
Filing Unit	<ul style="list-style-type: none"> Adult can exclude all children from the filing unit. 	<ul style="list-style-type: none"> All previously excluded children, under the age of 18, must be included in the filing unit. Parents (including an SSI parent in a two-parent household) of children, under the age of 18, in receipt of or applying for SNA do not have to be included in the filing unit. 	
Resource Limits	<ul style="list-style-type: none"> \$2,000 (or \$3,000 if any household member is over 60 years of age). 		
Income Exemptions	<ul style="list-style-type: none"> Several. 	<ul style="list-style-type: none"> Bona fide loans are not exempt. 	
Earned Income Disregard	<ul style="list-style-type: none"> \$90 standard deduction and 50% (effective 6/08) of income is disregarded. 		
Overpayment recovery	<ul style="list-style-type: none"> 10% of grant. 		
Agreement to Repay Overpayments	<ul style="list-style-type: none"> Not required. 	<ul style="list-style-type: none"> Signing Form LDSS-4529 Agreement to Repay Safety Net Assistance Still Owed After Case is Closed and Form LDSS-4530 Assignment of Wages, Salary, Commissions or other Compensation for Services is required as a condition of eligibility. 	

Temporary Assistance Impacts (Continued)

	Families With Children on Family Assistance (FA)/Safety Net Federally Participating (SNFP)	Families With Children Moving to Safety Net Assistance (SNA) Due to 60-Month Limit	
		SNCA	SNNC
Interim Assistance Provided Pending SSI	<ul style="list-style-type: none"> Cash grants not recovered once SSI eligible. 	<ul style="list-style-type: none"> Cash grants recovered from first SSI check. 	
Participation in Work Requirements	<ul style="list-style-type: none"> Required, unless exempt. 	<ul style="list-style-type: none"> Required, if exemption is granted, case will be converted to Cash Assistance. 	
State charge code required for reporting purposes (MOE)	<ul style="list-style-type: none"> Not required for reporting purposes. 	<ul style="list-style-type: none"> Code 63 required for FA/SNFP cases converted to SNCA or SNNC (Element 307 on the TAD). 	
Waiting Period for Decision on New Application	<ul style="list-style-type: none"> Within 30 days from the date of application. However, benefits are issued from the date of compliance. 	<ul style="list-style-type: none"> Within 30 days from the date of application. However, the first benefit will not be issued until the 45th day. 	

Impact on Other Programs

TANF Services Eligibility (EAF)	<ul style="list-style-type: none"> Yes. 	<ul style="list-style-type: none"> Yes, families that are otherwise eligible for TANF except for the time limit, remain eligible for EAF and other forms of "non-assistance."
TANF Services Eligibility (Non-Assistance)	<ul style="list-style-type: none"> Yes. 	<ul style="list-style-type: none"> Yes, as long as the household income does not exceed 200% of the poverty level.
Employment Sanctions	<ul style="list-style-type: none"> First offense, until compliance. 	<ul style="list-style-type: none"> Second offense, 3 months. Third offense, 6 months.
Medicaid	<ul style="list-style-type: none"> No time limit. 	
Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits	<ul style="list-style-type: none"> No time limit. 	
Child Support Enforcement Requirements	<ul style="list-style-type: none"> Cooperation is required. 	
Child Care	<ul style="list-style-type: none"> Available for those who work or participate in an employment activity. 	
Jiggetts	<ul style="list-style-type: none"> The Jiggetts Shelter Supplement is scheduled to terminate on May 1, 2010. If eligible, families may convert into the Family Eviction Prevention Supplement Program (FEPS). 	

Date: _____

Case Name: _____

Case Number: _____

Worker Name: _____

For questions or help, call your Worker at the telephone number below:

Time Limit Reassessment Interview

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 Welfare Reform Act of 1997 limited the amount of time an individual could receive cash assistance to 60 months. According to our records, you or an adult member of your household will reach the 60-month time limit in

MM/YY

With your Time Limit Count approaching sixty (60) months you must have an in-person interview to help us reassess your Cash Assistance eligibility.

YOU MUST COME TO THIS CENTER FOR YOUR REASSESSMENT INTERVIEW

Center: _____

Address: _____

City State Zip

on: _____ at: _____

Date Time

SAMPLE

One of the reasons why this reassessment interview is needed is to help us decide if you can continue to receive **Cash** Assistance, or if you must receive Non Cash Assistance. If you must receive Non Cash Assistance, most of your benefits will be paid directly to vendors such as your landlord and your utility company. A portion of your benefits will be provided in cash.

The regulations that allow us to call you in are 18 NYCRR 351.2, 351.21(a) and (d).

If you do not come to this interview, we will think that you do not want assistance. We will then close your Family Assistance case and send you a notice telling you the closing date. If we close your Family Assistance case and:

- You are receiving Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits, we will send you a notice about how this will change the amount of your SNAP benefits.
- You are receiving Medicaid, your Medicaid will continue.

If you cannot come to this interview, please call the above telephone number before the interview date so we can schedule another appointment.

The following information will help you to understand some of the reasons why a family may be exempt from the 60-month cash limit and can remain in their current category of assistance.

EXEMPTION CRITERIA

A family must **remain** in the Family Assistance (FA) category, if the adult family member is unable to work because of one of the following reasons:

1. A physical or mental impairment that is expected to last more than six months.
2. A physical or mental impairment that is the result of domestic violence and is expected to last **three or more** months.
3. A physical or mental impairment of a child that is the result of domestic violence that requires the adult family member to remain in the home to care for the child.
4. A physical or mental impairment of another household member that requires the adult family member to remain in the home to provide **full-time** care.

If you think you meet any of these conditions, you should tell your Worker at the reassessment interview. If you have an impairment that prevents you from working, you will have the opportunity to provide medical documentation to verify the impairment as required by the regulations of the Department of Labor. You may bring any documentation that you have to the interview. However, you may also be required to be evaluated by the Health Services System (HSS).

If you or your children are victims of domestic violence and have physical or mental impairments as described in 2 or 3 above that were directly caused by domestic violence that prevent you from working or participating in a training activity, you can contact your Center's Domestic Violence Liaison to discuss your situation. Anything you tell the liaison about your situation will be kept confidential, with the exception of child abuse and neglect. Disclosure of impairments that are the result of domestic violence is purely voluntary on your part. You would only need to tell us that your disability was caused by domestic violence if you needed a time limit exemption for a short-term disability lasting between three and six months. If you do not wish to disclose that your impairment was the result of domestic violence, you can still qualify for a time limit exemption if you have an impairment that is expected to last at least six months that prevents you from working in any capacity or if there is another household member with a physical or mental impairment that requires you to remain in the home to provide full-time care when you reach the 60-month limit.

EXEMPTION RULE FOR SAFETY NET CASH ASSISTANCE

Even if you do not qualify to remain in Family Assistance under the rules above, you may still qualify to receive Safety Net Cash Assistance. If you are HIV-positive or if you are exempt from employment requirements (for a reason other than drug/alcohol abuse), you may be able to get your assistance in a Safety Net Cash Assistance case.

Date: _____

Nombre del Caso: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Trabajador: _____

Para preguntas o ayuda, llame a su Trabajador(a) al número de teléfono debajo:

Entrevista de Reevaluación con Límite de Tiempo

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 Acta de Reformas al Sistema de Bienestar Público (Welfare Reform Act) de 1997 limitó la cantidad de tiempo que una persona puede recibir asistencia de dinero en efectivo a 60 meses. De acuerdo con nuestros registros, usted o un miembro adulto de su hogar alcanzará el límite de tiempo de 60 meses el

_____ .
MM/AA

Con su Cuenta del Límite de Tiempo aproximándose a los sesenta (60) meses usted tiene que tener una entrevista en persona para ayudarnos a reevaluar su elegibilidad para Asistencia de Dinero en Efectivo

USTED TIENE QUE VENIR A ESTE CENTRO PARA SU ENTREVISTA DE REEVALUACIÓN

Centro: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

el: _____ a las: _____

Fecha Hora

Una de las razones por la cual esta entrevista de reevaluación es necesaria es para ayudarnos a decidir si usted puede continuar recibiendo Asistencia de **Dinero en Efectivo**, o si usted tiene que recibir Asistencia que no sea de Dinero en Efectivo. Si usted tiene que recibir Asistencia que no sea de Dinero en Efectivo, casi todos sus beneficios serán pagados directamente a vendedores, tales como su casero y su compañía de servicios públicos. Una porción de sus beneficios serán proveídos en dinero efectivo.

Las reglamentaciones que nos permite llamarle para vernos son 18 NYCRR 351.2, 351.21(a) y (d).

Si usted falta esta entrevista, pensaremos que usted no desea asistencia. Le cerraremos su caso de Asistencia Familiar (Family Assistance) y le enviaremos una notificación informándole de la fecha del cierre de su caso. Si le cerramos su caso de Asistencia Familiar y:

- Usted está recibiendo beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), le enviaremos una notificación acerca de cómo esto le cambiará la cantidad de sus beneficios de SNAP.
- Usted está recibiendo Medicaid, su Medicaid continuará

Si usted no puede venir a esta entrevista, favor de llamar al número de teléfono de arriba antes de la fecha de la entrevista para que le podamos programar otra cita..

La siguiente información le ayudará a que comprenda algunas de las razones por las cuales una familia puede ser exenta del límite de 60 meses de dinero en efectivo y puede permanecer en su categoría de asistencia actual.

CRITERIOS PARA EXENCIÓN

Una familia tiene que **permanecer** en la categoría de Asistencia Familiar (FA), si el miembro adulto de la familia no puede trabajar por una de las siguiente razones:

1. Un impedimento físico o mental que se espera dure más de seis meses..
2. Un impedimento físico o mental que es el resultado de violencia domestica y que se espera dure tres meses o más.
3. Un impedimento físico o mental de un niño que es el resultado de violencia domestica que requiere que el miembro adulto de la familia permanezca en el hogar para cuidar del niño.
4. Un impedimento físico o mental de otro miembro del hogar que requiere que el miembro adulto de la familia permanezca en el hogar para proveer cuidado a **tiempo completo**.

Si usted piensa que reúne cualquiera de estas condiciones, usted debe informarle a su trabajador(a) en la entrevista de reevaluación. Si usted tiene un impedimento que le previene trabajar, tendrá la oportunidad de proveer documentación médica para verificar el impedimento como es requerido por las reglamentaciones del Departamento del Trabajo. Usted puede traer cualquier documentación que usted tenga a la entrevista. Sin embargo, puede que también sea requerido ser evaluado por el Sistema de Servicios de Salud (Health Services System) (HSS).

Si usted o sus niños son víctimas de violencia domestica y tienen impedimentos físicos o mentales como aparecen descritos en el 2 o el 3 de arriba que fueron causados directamente por violencia domestica que le previene trabajar o participar en una actividad de entrenamiento, usted puede comunicarse con su Enlace de Violencia Domestica (Domestic Violence Liaison) de su Centro para discutir su situación. Cualquier cosa que le diga al enlace acerca de su situación se mantendrá confidencial, con la excepción de abuso y abandono a niños. La revelación de impedimentos que son el resultado de violencia domestica es estrictamente voluntario de su parte. Solo tendría que informarnos que su impedimento fue causado por violencia domestica si usted necesita una exención del límite de tiempo para una incapacidad a corto plazo que dure entre tres y seis meses. Si usted no desea revelar que su impedimento fue el resultado de violencia domestica, todavía puede calificar para una exención de tiempo si tiene un impedimento que se espera dure por lo menos seis meses que le previene trabajar en cualquier capacidad o que existe un miembro de su hogar impedimento físico o mental que requiere que usted permanezca en el hogar para proveer cuidado a tiempo completo cuando usted alcance el límite de sesenta meses.

REGLA DE EXENCIÓN PARA ASISTENCIA DE DINERO EN EFECTIVO RED DE SEGURIDAD (Safety Net)

Aún si usted no califica para permanecer en Asistencia Familiar bajo las reglas antedichas, puede que todavía califique para recibir Asistencia de Dinero en Efectivo Red de Seguridad. Si usted es VIH positivo o si es exento de los requisitos de empleo (por una razón aparte del abuso de drogas/alcohol), puede que logre obtener su asistencia en un caso de Asistencia de Dinero en Efectivo Red de Seguridad.

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

Important Notice Regarding Your Eligibility for Cash Assistance and 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.

The Human Resources Administration (HRA) will send you an eligibility questionnaire in the mail in the coming months because you have a 12-month certification period. The law requires HRA to evaluate your eligibility for cash assistance and food stamps every six months. HRA will send you this questionnaire so that you do not have to come into the Center for your 6-month recertification. When you receive the questionnaire you must complete it, provide the necessary documentation, and return it in the self-addressed envelope provided with the questionnaire.

Failure to return the questionnaire and the necessary documentation may adversely affect your Cash Assistance and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) case.

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Aviso Importante Respecto a Su Elegibilidad de Asistencia en Efectivo y 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.

La Administración de Recursos Humanos (HRA) le enviará por correo un cuestionario de elegibilidad en los próximos meses porque usted tiene un período de certificación de 12 meses. La ley estipula que la HRA evalúe su elegibilidad de asistencia en efectivo y cupones para alimentos cada seis meses. La HRA le enviará este cuestionario para que no tenga que presentarse al Centro para su recertificación de 6 meses. Cuando reciba el cuestionario debe llenarlo, proporcionar la documentación necesaria, y devolverlo en el sobre adjunto al cuestionario con dirección del remitente. El no devolver el cuestionario y la documentación necesaria puede afectar adversamente sus beneficios de asistencia en efectivo y/o cupones para alimentos.

El no devolver como debido este cuestionario y la documentación necesaria puede afectar adversamente su caso de asistencia en efectivo y/o del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

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

**Notice of Intent to Reduce Cash Assistance and/or
 Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits
 Due to Receipt of Social Security 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.

CASH ASSISTANCE

We intend to reduce your cash assistance benefits from _____ to _____, effective _____ (Date).

According to our records the following individual(s) in your household is/are in receipt of a Social Security payment from the Federal government and a Family Assistance/Safety Net Assistance (FA/SNA) grant from this Department:

First Name	M.I.	Last Name	Social Security Payment Amount
SAMPLE			

We are required to budget the full Social Security benefit amount(s) for the above-named individual(s).

The law(s) and/or regulation(s) that allow us to do this is/are 18 NYCRR § 352.29, § 352.32.

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

Effective _____, your SNAP benefits will change as follows:
(Date)

Amount of current SNAP grant: _____

Amount of new SNAP grant: _____

The law(s) and/or regulation(s) that allow us to do this is/are 18 NYCRR § 387.10(b), § 387.10(b)(3).

MEDICAL ASSISTANCE

Medical assistance coverage will continue for all members of your household. You will continue to receive medical assistance authorization entitling eligible individuals to full services.

The law(s) and/or regulation(s) that allow us to do this is/are 18 NYCRR § 360-4.3, § 360-4.8.

Regulations require that you immediately notify this Department of any changes in needs, income, resources, living arrangements or address.

**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.**

SAMPLE

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address below. 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

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for cash assistance, medical assistance or social service issues and ninety (90) days for SNAP issues.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FAIR HEARING REQUEST

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.

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

SAMPLE

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

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

Aviso de la Intención de Reducir la Asistencia en Efectivo y/o Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) Debido a que Recibe Beneficios de Seguro Social

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.

ASISTENCIA EN EFECTIVO

Tenemos la intención de reducir sus beneficios de Asistencia en Efectivo de _____ a _____, a partir de _____ (Fecha).

Según nuestros archivos, el/los siguiente(s) miembro(s) de su hogar recibe(n) un pago de Seguro Social de parte del gobierno Federal y una concesión de Asistencia Familiar/Asistencia de Red de Seguridad (Family Assistance/Safety Net Assistance – FA/SNA) de parte de este Departamento:

Nombre	I.	Apellido	Cantidad del Pago de Seguro Social

Estamos obligados a incluir en el presupuesto la(s) cantidad(es) total(es) del beneficio de Seguro Social de cada persona nombrada más arriba.

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal manera es/son 18 NYCRR § 352.29, § 352.32.

El Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

A partir del _____, sus beneficios de SNAP cambiarán como sigue
(Fecha)

Cantidad del subsidio actual de SNAP: _____

Cantidad del nuevo subsidio de SNAP: _____

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal manera es/son 18 NYCRR § 387.10(b), § 387.10(b)(3).

ASISTENCIA MÉDICA

La cobertura de asistencia médica continuará para todos los miembros de su hogar. Usted seguirá recibiendo autorización de asistencia médica, lo que le otorga derecho a las personas elegibles a servicios completos.

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal manera es/son 18 NYCRR § 360-4.3, § 360-4.8.

Conforme al reglamento usted debe notificar de inmediato a este departamento de cualquier cambio respecto a necesidades, ingreso, recursos, vivienda o dirección.

**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 COMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

SAMPLE

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

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

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

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

Mantenimiento de Su(s) Beneficio(s): Su(s) beneficio(s) continuará(n) sin cambios, hasta que se emita la decisión por parte de la Audiencia Imparcial, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de entrada en vigor indicada en el presente aviso. Sin embargo, los Beneficios de SNAP no pueden continuarse pasada la última fecha de su período de certificación de SNAP si usted no recertificó su caso de SNAP (vea 18 NYCRR § 358-3.6).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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.

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

SAMPLE

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

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____

Notice of Intent to Reduce Cash Assistance Public Shelter Resident

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

This is to inform you that we intend to reduce your cash assistance effective _____ for the following reason:

Our records indicate that you are currently residing in a Cash Assistance shelter which provides you with meals and shelter accommodation. Our records also indicate that you are receiving a Cash Assistance grant in the amount shown below. Department regulations limit the amount of Cash Assistance grant that a resident of a public shelter may receive to a maximum of \$ _____ semimonthly. Therefore, we are reducing your Cash Assistance grant to \$ _____ semimonthly. These actions are taken in accordance with 18 NYCRR § 352.8.

Amount of Current CA Grant: \$ _____
Amount of New CA Grant: \$ _____
Amount of Current SNAP Grant: \$ _____
Amount of New SNAP Grant: \$ _____

Your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits will be increased or remain unchanged due to this reduction in your Cash Assistance income.

Your Medicaid benefits will continue unchanged.

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

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

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

STATE FAIR HEARING

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

(1) TELEPHONE: Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)

(2) WRITE: Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930, Albany, NY 12201
(Please keep a copy for yourself)

(3) FAX: Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
(518) 473-6735.

(4) IN PERSON: Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at:
14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201.

(5) ONLINE: Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

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

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

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

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

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

FAIR HEARING REQUEST

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

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

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

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

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

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

SAMPLE

Print Name: _____ Case Number: _____

Address: _____ Telephone: _____
Street Apt.# City State Zip Code

Signature: _____ Date: _____

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

Aviso de la Intención de Reducir la Asistencia en Efectivo Residente de Refugio Público

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.

Nos dirigimos a usted para informarle que tenemos la intención de reducir su Asistencia en Efectivo a partir del _____ debido a las siguientes razones:

Según nuestros archivos usted actualmente reside en un refugio público donde se le suministra comidas y alojamiento y además recibe un subsidio de Asistencia en Efectivo por la cantidad indicada más abajo. El reglamento del departamento restringen la cantidad del subsidio de Asistencia en Efectivo que se le puede otorgar a personas residentes en refugios públicos a un máximo de \$ _____ quincenales. Por consiguiente, la cantidad de su subsidio de Asistencia Pública en efectivo será reducida a \$ _____ quincenales. Estas medidas se han tomado conforme a 18 NYCRR § 352.8.

Cantidad del Subsidio Actual de Asistencia en Efectivo: \$ _____

Cantidad del Nuevo Subsidio de Asistencia en Efectivo: \$ _____

Cantidad del Subsidio Actual de SNAP: \$ _____

Cantidad del Nuevo Subsidio de SNAP: \$ _____

Sus beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) se incrementarán o permanecerán sin cambio alguno de acuerdo a esta reducción de sus ingresos de Asistencia en Efectivo.

Sus beneficios de Medicaid continuarán sin cambios.

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

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

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

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

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

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

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

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

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

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

Si usted está incapacitado(a), y no puede desplazarse, puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado de un abogado, él/ella debe traerle al oficial de la audiencia un carta por escrito firmada.

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 obogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

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

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

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Mantenimiento de Su(s) Beneficio(s): Su(s) beneficio(s) continuará(n) sin cambios, hasta que se emita la decisión por parte de la Audiencia Imparcial, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de entrada en vigor indicada en el presente aviso. Sin embargo, los beneficios de SNAP no pueden continuarse pasada la última fecha de su período de certificación de SNAP si usted no recertificó su caso de SNAP (vea 18 NYCRR § 358-3.6).

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

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

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

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

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

Nombre en
Letra de
Molde: _____ Número de Caso: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____
Calle Apt. Ciudad Estado Código Postal

Firma: _____ Fecha: _____

Child Care Guarantee Informational

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

This is to notify you that there has been a change in law that allows more **working** families to receive a guarantee of child care. You may decide that, instead of receiving Cash Assistance (CA), what you really need is help paying for child care. **Families who are applying for and are found eligible for, or are receiving, CA and need child care in order to work**, may be eligible for a child care guarantee for working families. A child care guarantee means that if you meet the eligibility requirements, the social services district must pay an eligible child care provider for your child care. **This guarantee applies only to the hours you are working and a reasonable amount of time for you to get to and from work to your child care provider.**

Who is eligible?

You are eligible for this guarantee if you are applying for and found eligible for CA and choose child care instead of CA, or if you are receiving CA and ask that your CA case be closed, and:

- You are earning at least minimum wage or are employed in a job where minimum wage is made by the combination of gross earnings and tips, or you are self-employed; **AND**
- Your gross earnings are equal to or greater than the amounts listed below; **OR**
- If you are employed in a job exempt from minimum wage rules and you are earning less than minimum wage, you work the minimum number of hours listed below.

What if I am earning at least minimum wage (\$7.25 per hour), am I eligible?

If you are earning at least minimum wage and are a single parent, you must have gross earnings of at least \$127 per week or \$550 per month. If you are a two-parent family, you both must work and have combined gross earnings of at least \$181 per week or \$784 per month.

What if I am self-employed?

If you are self-employed and are a single parent, you must have gross receipts less allowable deductions of at least \$127 per week or \$550 per month. If you are a two-parent family, you both must be employed and if self-employed have combined gross receipts less allowable deductions of \$181 per week or \$784 per month. If one parent is not self-employed, gross earnings apply.

What if my earned income falls below any of the above amounts?

If your gross earnings fall below the above amounts, you will no longer be eligible for this guarantee. If this happens, you may want to ask your Worker if you are eligible for child care under another program.

What if my job doesn't pay minimum wage?

If your employer is not required to pay minimum wage and you are earning less than \$7.25 per hour, you must be working at least 17.5 hours per week if you are a single parent or have a combined total of at least 25 hours per week if you are a two-parent household with both parents working.

What if we are a two-parent household where one of us earns below minimum wage and the other earns at least minimum wage or is self employed?

A two-parent household where one parent earns at least minimum wage or is self-employed and the other parent is employed in a job exempt from minimum wage rules that pays less than minimum wage is eligible for the child care guarantee if:

- the parent earning at least minimum wage or who is self-employed earns at least \$127 per week or \$550 per month; and
- the parent earning less than minimum wage is working a minimum of 7.5 hours per week.

What if my work hours drop below these amounts?

If you are earning less than minimum wage and your hours drop below the above number, you will not be eligible for the guarantee.

What if my income or hours of work change all of the time?

If your hours of work or earnings are constantly changing, we will look at an average number of hours and amount of income that occurs over a period of three to six months. As long as the average number of hours or amount of income meets the minimum described above, you will still be eligible.

What happens when my income rises above the amount that I would be eligible for CA?

Once your family income is at or above the amount that would allow you to remain eligible for CA but is at or below 200% of the State Income Standards, you may be eligible for transitional child care.

What if I am working and going to school?

The guarantee applies only to the hours that you are working and a reasonable amount of time for you to get to and from work from your child care provider. You also may be eligible for child care for the hours that you are in school. If you need child care in order to go to school, you should discuss this with your Worker.

Are all of my children eligible for the child care guarantee?

Any child under the age of 13 is covered by the guarantee. If you have older children with special needs who need child care, they may be eligible under a different child care program. You should let your Worker know about any of your children who have special needs.

How will receipt of the child care guarantee affect my child support money?

If you are eligible for the child care guarantee and receive court ordered child support, you will be able to keep all of your child support money.

Does my eligibility for this child care guarantee have a time limit like the 60-month time limit for CA?

No, your child care benefits under this guarantee are not limited to 60 months. You can continue to receive child care benefits for as long as you are eligible.

Why don't I have a child care guarantee while I am on CA?

Actually, you do. CA participants who are participating as required in work activities also have a child care guarantee as long as they meet certain requirements. However, the child care in lieu of CA guarantee discussed in this letter allows you to receive the same guarantee of child care without having to remain on CA.

If I decide all I really need is child care, how do I apply for the child care guarantee?

If you are eligible for CA and decide that all you really need is child care, your Worker can tell you how to apply for the child care guarantee. If you are already receiving CA and are otherwise eligible for the program, you will need to close your CA case in order to get this guarantee.

Will all of my child care be paid?

If you choose to receive child care assistance instead of receiving CA and child care, you will have to pay part of your child care costs, in the amount of \$15 per week for full time care or \$12 per week for part time care. This is called your family share. Additionally, if your provider charges above the market rate, you will need to pay the amount that your provider charges above the market rate.

Who can care for my child?

You can choose any eligible child care provider. This may be a licensed or registered day care center, family or group family day care home, or school-age child care program. You can also choose a relative, neighbor, or friend. If you want a relative, neighbor, or friend to care for your child, he or she will need to meet certain eligibility requirements and enroll with a legally-exempt caregiver enrollment agency. Ask your Worker for the enrollment forms.

What if I change my mind and decide that I need CA as well as child care?

You can still apply for CA at any time. If you are found eligible for CA, you may still be eligible for child care.

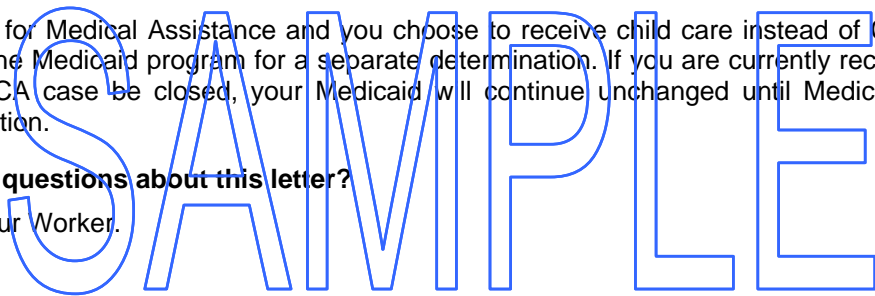
What about other benefits like Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits and Medical Assistance?

Your SNAP eligibility will not be affected if you request child care instead of CA.

If you are applying for Medical Assistance and you choose to receive child care instead of CA, your application will be referred to the Medicaid program for a separate determination. If you are currently receiving Medicaid and request that your CA case be closed, your Medicaid will continue unchanged until Medicaid can complete a separate determination.

What if I have any questions about this letter?

You can contact your Worker.



Información Sobre Garantía 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.

Por el presente le informamos que ha habido un cambio en la ley que permite a más familias **que trabajan** recibir una garantía de cuidado infantil. Usted puede decidir que en lugar de Asistencia en Efectivo (Cash Assistance – CA), lo que realmente necesita es ayuda para pagar el cuidado infantil. **Las familias que estén solicitando, que sean elegibles para, o que estén recibiendo Asistencia en Efectivo, y que necesiten cuidado infantil para poder trabajar**, pueden ser elegibles para una garantía de cuidado infantil para las familias que trabajan. La garantía de cuidado infantil significa que si usted reúne los requisitos de elegibilidad, el distrito de servicios sociales tendrá que pagar los servicios de un proveedor que reúna las condiciones de cuidado infantil para sus hijos. **Esta garantía sólo cubre las horas en que usted está trabajando y un tiempo razonable para ir al trabajo y volver al local del proveedor de cuidado infantil.**

¿Quién es elegible?

Usted es elegible para esta garantía si está solicitando y es elegible para Asistencia en Efectivo y elige cuidado de infantil en lugar de Asistencia en Efectivo, o si está recibiendo Asistencia en Efectivo y solicita el cierre de su caso de Asistencia en Efectivo, y si:

- Usted gana por lo menos el salario mínimo o está empleado en un trabajo en el cual el ingreso mínimo es constituido por la combinación del ingreso bruto más las propinas, o usted trabaja por cuenta propia; **Y**
- Su ingreso bruto equivale a o es mayor que las cantidades indicadas más abajo; **O**
- Si usted está empleado en un trabajo exento de las disposiciones de salario mínimo y gana menos del salario mínimo, usted trabaja la cantidad mínima de horas indicadas más abajo.

¿Qué tal si gano por lo menos el salario mínimo (\$7.25 por hora), soy elegible?

Si usted gana por lo menos el salario mínimo y es padre o madre soltero(a), debe tener ingreso bruto de \$127 semanales o \$550 mensuales. Si usted forma parte de un hogar con ambos padres, los dos padres deben trabajar y ganar un ingreso total bruto de \$181 semanales o \$784 mensuales.

¿Qué tal si trabajo por cuenta propia?

Si usted trabaja por cuenta propia y es padre o madre soltero(a), debe ganar un ingreso bruto menos las deducciones admitidas de por lo menos \$127 por semana o \$550 por mes. Si integra un hogar con ambos padres, ambos padres deben estar empleados y si trabajan por cuenta propia deben ganar un ingreso bruto menos las deducciones admitidas de \$181 semanales o \$784 mensuales. Si uno de los padres no trabaja por cuenta propia, rigen las cantidades de ingreso bruto.

¿Qué tal si mi ingreso salarial se reduce y resulta inferior a las cantidades indicadas arriba?

Si su ingreso bruto se reduce por debajo de las cantidades indicadas arriba, usted deja de ser elegible para esta garantía. En tal caso, puede consultar con su Trabajador para averiguar si usted es elegible para cuidado infantil en otro programa.

¿Qué tal si en mi empleo no pagan el salario mínimo?

Si su empleador no está obligado a pagar el salario mínimo y usted gana menos de \$7.25 por hora, debe estar trabajando por lo menos 17.5 horas semanales si es padre o madre soltero(a) o tener un total de por lo menos 25 horas semanales si es un hogar conformado por los dos padres y ambos trabajan.

¿Que tal si somos un hogar con los dos padres, donde uno de los padres gana menos que el salario mínimo y el otro gana por lo menos el salario mínimo o trabaja por cuenta propia?

Un hogar con los dos padres, donde uno de ellos gana por lo menos el salario mínimo o trabaja por cuenta propia y el otro está empleado en un trabajo exento de las disposiciones de salario mínimo y gana menos del salario mínimo, es elegible para la garantía de cuidado infantil si:

- el padre/madre que gana por lo menos el salario mínimo o trabaja por cuenta propia gana por lo menos \$127 a la semana o \$550 mensual; y
- el padre/madre que gana menos que el salario mínimo está trabajando por lo menos 7.5 horas a la semana.

¿Qué tal si mi horario de trabajo se reduce por debajo de las horas indicadas?

Si usted gana menos del salario mínimo y su horario de trabajo se reduce por debajo de las horas indicadas, usted no es elegible para esta garantía.

¿Qué tal si mis ingresos u horas de trabajo cambian constantemente?

Si su horario de trabajo o sus ingresos cambian constantemente, tendremos en cuenta el promedio de horas y cantidad de ingreso de un período de tres a seis meses. Mientras el promedio de horas o cantidad de ingreso cumpla con las cantidades mínimas señaladas más arriba, usted será elegible.

¿Qué tal si mis ingresos aumentan por encima de la cantidad a la cual sería elegible para Asistencia en Efectivo?

Una vez que los ingresos familiares igualen o superen la cantidad que le permitiría ser elegible para Asistencia en Efectivo, pero equivalgan o sean inferiores al 200% del Estándar Estatal de Ingresos, usted puede ser elegible para beneficios de cuidado infantil transitorio.

¿Qué tal si trabajo y estudio?

Esta garantía sólo cubre las horas en las que usted está trabajando y un tiempo razonable que le permita ir al trabajo desde el local del proveedor de cuidado infantil y del trabajo de vuelta al local del proveedor. Además usted podría ser elegible para cuidado infantil durante las horas que usted asiste a la escuela. Si necesita cuidado infantil para asistir a la escuela, debe discutir el tema con su Trabajador.

¿Son todos mis hijos elegibles para la garantía de cuidado infantil?

La garantía cubre a todos los niños menores de 13 años de edad. Si tiene hijos mayores de 13 años de edad con necesidades especiales que necesiten cuidado infantil, pueden ser elegibles para un programa distinto de cuidado infantil. Debe informarle a su Trabajador sobre cualquiera de sus niños que tengan necesidades especiales.

¿De que manera será afectado el dinero de mi manutención de niños por el recibo de la garantía de cuidado infantil?

Si usted es elegible para la garantía de cuidado infantil y recibe manutención de niños por orden judicial, usted se puede quedar con todo su dinero de la manutención de niños.

¿Tiene límite de tiempo mi elegibilidad para esta garantía de cuidado infantil como el límite de 60 meses para Asistencia en Efectivo?

No, sus beneficios de cuidado infantil bajo esta garantía no se limitan a 60 meses. Usted puede seguir recibiendo los beneficios de cuidado infantil siempre y cuando sea elegible.

¿Por qué no tengo una garantía de cuidado infantil mientras recibo Asistencia en Efectivo?

En realidad, sí la tiene. Los participantes de Asistencia en Efectivo que participan como debido en actividades laborales también tienen una garantía de cuidado infantil siempre que cumplan con ciertos requisitos. Sin embargo, la garantía de cuidado infantil en lugar de Asistencia en Efectivo analizada en esta carta le permite recibir la misma garantía de cuidado infantil sin tener que permanecer en Asistencia en Efectivo.

Si decido que lo único que realmente necesito es cuidado infantil, ¿cómo solicito la garantía de cuidado infantil?

Si usted es elegible para recibir Asistencia en Efectivo y decide que lo único que necesita es cuidado infantil, su Trabajador le puede decir cómo solicitar la garantía de cuidado infantil. Si usted ya está recibiendo Asistencia en Efectivo y es por lo demás elegible para el programa, usted tendrá que cerrar su caso de Asistencia en Efectivo para poder obtener esta garantía.

¿Se pagará todo mi cuidado infantil?

Si decide recibir ayuda para cuidado infantil en lugar de recibir Asistencia en Efectivo y cuidado infantil, usted tendrá que pagar \$15 semanales de cuidado infantil a tiempo completo o \$12 semanales para cuidado de tiempo parcial. Esto se llama porción familiar. Además, si su proveedor cobra por encima de la tarifa de mercado, usted tendrá que pagar la cantidad que su proveedor cobra por encima de la tarifa de mercado.

¿Quién puede cuidar a mi hijo(a)?

Usted podría elegir cualquier proveedor elegible de cuidado infantil. Puede ser una guardería, hogar individual o de grupo para cuidado infantil o programa de guardería escolar con licencia o registrados. También puede elegir un familiar, vecino o amigo. Si usted opta por un familiar, vecino o amigo para que cuide a su hijo(a), dicha persona tendrá que satisfacer ciertos requisitos de elegibilidad e inscribirse en una agencia de proveedores legalmente exentos. Pídale a su Trabajador los formularios de inscripción.

¿Qué tal si cambio de parecer y decido que además de cuidado infantil necesito Asistencia en Efectivo?

En tal caso aún puede solicitar Asistencia en Efectivo en cualquier momento. Si se determina que usted es elegible para Asistencia en Efectivo, aún puede ser elegible para cuidado infantil.

¿Qué tal de los otros beneficios como del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y Asistencia Médica?

Su elegibilidad para SNAP no se verá afectada si usted solicita cuidado infantil en lugar de Asistencia en Efectivo.

Si usted solicita Asistencia Médica y opta por recibir cuidado infantil en lugar de Asistencia en Efectivo, su solicitud será trasladada al programa Medicaid para una determinación por separado. Si actualmente está recibiendo Medicaid y solicita que se cierre su caso de Asistencia en Efectivo, sus beneficios de Medicaid continuarán sin cambios hasta que Medicaid pueda llevar a cabo una determinación por separado.

¿Qué tal si tengo alguna pregunta sobre esta carta?

Puede comunicarse con su Trabajador.

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Request for Child Care Assistance or Request to Close My Cash Assistance (CA) Case

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 requesting that the Human Resources Administration (HRA) determine if I am eligible for a child care subsidy guarantee "in lieu of CA." I understand that I may be eligible for the "in lieu of CA" child care guarantee for the following reasons:

- I work the number of hours or earn the minimum income required of me;
- My family's income and resources are within CA limits;
- I need child care for a child or children under age 13; and
- I am using an eligible child care provider.

If I am found eligible for and choose the "in lieu of CA" child care guarantee, I also understand that:

- I may use a licensed or registered child care provider. If I want to use a friend, relative, or neighbor to provide child care instead of a licensed or registered child care provider, that provider must meet certain eligibility requirements and be enrolled by the informal child care provider Enrollment Agency.
- My child care provider determines how much he/she will charge.
- I will be required to pay some of my child care costs. This amount will be \$15 per week for full time care or \$12 per week for part time care. If my provider charges more than the market rate, I understand that I will have to pay the amount above the market rate plus my family's share. If I hire a child care provider to come to my home, I understand that, as that person's employer, I must pay him/her minimum wage and provide benefits.
- I must immediately report any changes that might affect my eligibility for child care to my Worker. This includes any changes regarding where I am living, who is living in my household, my work schedule, my employer, my child care needs, my child care provider, and my income and resources.

- By withdrawing my request for CA, or asking that my CA case be closed, I will not receive CA at this time. However, if I change my mind, I may apply for CA in the future.
- The 60-month time limit for CA does not apply to this child care guarantee.
- I may be eligible for 12 months of transitional child care services when my income or resources are no longer within CA limits.
- Withdrawing my request for CA, or asking that my CA case be closed, will not affect my application for or eligibility for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits or Medicaid.
- If I have any questions about my eligibility for this child care guarantee, I can call:

Worker's Name

Telephone Number

If I am found eligible for the "in lieu of CA" child care guarantee, I am requesting the following:

Applicant

- I want to apply for child care assistance only, instead of applying for CA, under which child care assistance may also be paid. I understand that if I change my mind in the future, I can still apply for CA at that time. If I also applied for Medicaid and SNAP benefits, a separate determination will be made.

Participant

- I request that my CA case be closed **because I want child care instead of CA**. A separate Medicaid determination and a separate SNAP determination will be made.

Applicant's/Participant's Signature

Date

Withdrawal from the child care subsidy guarantee "in lieu of CA"

- I have changed my mind and do **not** want child care instead of CA.

Applicant's/Participant's Signature

Date

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Petición de Asistencia de Cuidado Infantil o Petición del Cierre de Mi Caso de 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.

Por la presente solicito que la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) determine si soy elegible para la garantía de subsidio de cuidado infantil "en vez de Asistencia en Efectivo". Entiendo que podría ser elegible para la garantía de subsidio "en vez de Asistencia en Efectivo" para el cuidado infantil por las siguientes razones:

- Trabajo el número de horas o gano el ingreso mínimo que se me exige;
- Los ingresos y bienes de mi familia caen dentro de los límites de Asistencia en Efectivo;
- Necesito cuidado infantil para un niño o niños menores de 13 años; y
- Estoy utilizando un proveedor de cuidado infantil elegible

Además si se determina que soy elegible y elijo la garantía de cuidado infantil "en vez de Asistencia en Efectivo", entiendo que:

- Puedo hacer uso de un proveedor de cuidado infantil autorizado o registrado. Si deseo asignar a un amigo, pariente o vecino como proveedor de cuidado infantil en lugar de un proveedor de cuidado infantil autorizado o registrado, dicho proveedor debe reunir ciertos requisitos de elegibilidad y estar inscrito por la Agencia de Inscripción del proveedor informal de cuidado infantil.
- Mi proveedor de cuidado infantil determinará su tarifa de cobro.
- Yo tendré que pagar una parte del pago del cuidado de mis niños. Esta cantidad será de \$15 semanales por cuidado de tiempo completo o \$12 semanales por cuidado de tiempo parcial. Si mi proveedor cobra por encima de la tarifa del mercado, entiendo que tendré que proveer toda cantidad que exceda a la tarifa del mercado además de mi cuota familiar. Si contrato a un proveedor de cuidado infantil en mi hogar, entiendo que como empleador de dicha persona, debo pagarle el sueldo mínimo y suministrar beneficios.
- Debo informar de inmediato a mi Trabajador sobre cualquier cambio que pueda afectar mi derecho al cuidado infantil. Esto incluye cualquier cambio en mi situación de vivienda, las personas que vivan conmigo, mi horario de trabajo, mi empleador, mi proveedor de cuidado infantil y cambios en mis ingresos y bienes.

- No recibiré Asistencia en Efectivo en este momento si retiro mi solicitud de dicha asistencia, o si solicito que se cierre mi caso. Sin embargo, si cambio de parecer, posteriormente tendré el derecho de solicitar Asistencia en Efectivo.
- El plazo de 60 meses de Asistencia en Efectivo no corresponde a esta garantía de cuidado infantil.
- Si mi ingreso o recursos exceden el límite establecido para la Asistencia en Efectivo, puede que tenga derecho a 12 meses de servicios de transición de cuidado infantil.
- En caso de cualquier pregunta sobre mi elegibilidad respecto a esta garantía de cuidado infantil, puedo llamar a:

Nombre del Trabajador

Número de Teléfono

Si se determina que tengo derecho a la garantía de cuidado infantil "en vez de Asistencia en Efectivo", solicito lo siguiente:

Solicitante

- Deseo solicitar sólo asistencia de cuidado infantil en lugar de solicitar Asistencia en Efectivo, conforme a la cual se puede pagar además la asistencia de cuidado infantil. Entiendo que si posteriormente cambio de parecer, aún podré solicitar Asistencia en Efectivo en ese momento. Si también solicito para Medicaid y beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), se llegará a una determinación por separado.

Participante

- Solicito que mi caso de Asistencia en Efectivo se cierre **ya que prefiero cuidado infantil en vez de Asistencia en Efectivo**. La decisión respecto al Medicaid se tomará independientemente de la decisión respecto a los beneficios de SNAP.

Firma del Solicitante/Participante

Fecha

Retiro de garantía de asignación de cuidado infantil "en lugar de Asistencia en Efectivo"

- He cambiado de parecer, **no** deseo cuidado infantil en vez de Asistencia en Efectivo.

Firma del Solicitante/Participante

Fecha

Childcare in Lieu of Cash Assistance (CILOCA) Discussion Guide

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 goal of CILOCA is to assist families in becoming financially independent. It is very important for the Worker to present the option of CILOCA completely and clearly, and to ask the appropriate questions in order to help each applicant/participant determine if CILOCA is the best option for their family at that time. The following is a discussion guide, not a script. Tailor each discussion to the individual's circumstances.

Once you have established that an applicant/participant is employed: "I see that you are employed, and that you have children in your household under the age of 13. Did you know that you may be eligible for childcare assistance instead of Cash Assistance (CA)? You may decide that instead of receiving CA, what you really need is help paying for childcare. If you meet the eligibility requirements of the CILOCA program (CILOCA is Childcare in Lieu of Cash Assistance), HRA must pay an eligible childcare provider for your childcare!"

"Of course, if you are working and need childcare while on CA, HRA will also pay for your childcare. However, while in receipt of CA, you are using up your 60-month lifetime limit of CA. What is great about CILOCA is that it **does not count** against your time limit. Therefore, you can save your months of eligibility for CA for a time when you are in greater need of financial help! If at any time while in receipt of CILOCA you decide that you need or want CA, you can always apply for it. Also, choosing CILOCA has no effect on your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Medicaid eligibility. If you ever become financially ineligible for CILOCA, you will be evaluated for an additional year of Transitional Childcare benefits."

"Another benefit of choosing CILOCA instead of CA is that you do not have to make up the difference between the hours you already work and the hours of work activity required to receive CA. For example, to qualify for CA, you must work and/or be engaged in a work activity for 35 hours per week. If you are working 30 hours per week, to qualify for CA, you would have to participate in a work-related activity for an additional five hours per week. But, if you choose CILOCA, you would not be required to be engaged those additional hours to qualify.

"Lastly, if you receive child support payments while in receipt of CA, HRA keeps most of your child support money as reimbursement for assistance paid to you. You will only receive up to \$100 per month or up to a maximum of \$200 of the support money paid to you if you have 2 or more children. With CILOCA, you will receive all of your child support money!"

"So, if all you really need is childcare assistance and you choose not to receive CA, let me know at any time!"

"Would you be interested in learning more about CILOCA and seeing if you qualify for it?"

If the applicant/participant answers, "Yes," then continue as follows. Otherwise, finish with client contact as appropriate.

“How many hours per week are you working?”

Only continue the discussion if the individual qualifies for CILOCA by working in a job that is exempt from minimum wage rules and that pays less than minimum wage, and he/she works a minimum of:

- 17.5 hours per week for single-parent households;
- 25 combined hours per week for two-parent households with both parents working; **OR**

if the individual has gross earnings of at least minimum wage or more, or is self-employed making at least:

- \$127 per week or \$550 per month for single-parent households; or
- \$181 per week or \$784 per month for two-parent households with both parents working; **OR**

if the individual is part of a two parent household where one parent earns at least minimum wage or is self-employed and the other parent is employed in a job exempt from minimum wage rules that pays less than minimum wage and:

- the parent earning at least minimum wage or who is self-employed earns at least \$127 per week or \$550 per month; and
- the parent earning less than minimum wage is working a minimum of 7.5 hours per week.

If the individual is already receiving CA (in the case of a participant), inform him/her that their CA case must be closed in order to receive CILOCA but their SNAP and Medicaid will not be affected.

*From here, continue with the rest of the eligibility verification, budgeting, and childcare processes as outlined in the CILOCA procedure (**PD-11-17-ELI**). Once eligibility has been verified, reinforce that he/she may change his/her mind and reapply for CA at any time. Refer to **PD-11-17-ELI** to answer any questions the individual may have.*

SAMPLE