



# 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 # 12-82-OPE

### REVISIONS TO FORMS M-186JJ, W-102E—W-129PP

<b>Date:</b> August 22, 2012	<b>Subtopic:</b> Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all Non-Cash 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"> <li>• Mandatory Dispute Resolution Appointment (<b>M-186JJ</b>)</li> <li>• Non Response to telephone Recertification Notice (<b>W-102E</b>)</li> <li>• Special Assessment Letter (<b>W-103D</b>)</li> <li>• Documentation Requested Form (<b>W-113A</b>)</li> <li>• Employment Appointment Notice (<b>W-116H</b>)</li> <li>• Notice of Approval of Request for Educational/Training Program (<b>W-116J</b>)</li> <li>• Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (<b>W-119D</b>)</li> <li>• Notice of Outstanding Required Documentation (<b>W-120D</b>)</li> <li>• Food Stamp Letter re: Unreported Employment (<b>W-120H</b>)</li> <li>• Cash Assistance (CA) and Food Stamp (FS) Budgeting Changes from 2002 to 2010 (<b>W-122E</b>)</li> <li>• Important Notice to Food Stamp Applicants/Participants (<b>W-127N/P</b>)</li> <li>• Food Stamp Eligibility Interview Appointment Notice (<b>W-129PP</b>)</li> </ul>


HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?  
Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or  
send an e-mail to *FIA Call Center Fax* or fax to: (917) 639-0298

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*

**Attachments:**

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

<b>W-186JJ</b>	Mandatory Dispute Resolution Appointment (Rev. 8/22/12)
<b>W-186JJ (S)</b>	Mandatory Dispute Resolution Appointment (Spanish) (Rev. 8/22/12)
<b>W-102E</b>	Non-Response to telephone Recertification Notice (Rev. 8/22/12)
<b>W-102E (S)</b>	Non-Response to telephone Recertification Notice (Spanish) (Rev. 8/22/12)
<b>W-113A</b>	Documentation Requested Form (Rev. 8/22/12)
<b>W-113A (S)</b>	Documentation Requested Form (Spanish) (Rev. 8/22/12)
<b>W-116H</b>	Employment Appointment Notice (Rev. 8/22/12)
<b>W-116H (S)</b>	Employment Appointment Notice (Rev. 8/22/12) (Spanish)
<b>W-116J</b>	Notice of Approval of Request for Educational/Training Program (Rev. 8/22/12)
<b>W-116J (S)</b>	Notice of Approval of Request for Educational/Training Program (Spanish) (Rev. 8/22/12)
<b>W-119D</b>	Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide
<b>W-119D (S)</b>	Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (Spanish)
<b>W-120D</b>	Notice of Outstanding Required Documentation (Rev. 8/22/12)
<b>W-120D (S)</b>	Notice of Outstanding Required Documentation (Spanish) (Rev. 8/22/12)
<b>W-120H</b>	Food Stamp Letter re: Unreported Employment (Rev. 8/22/12)
<b>W-120H (S)</b>	Food Stamp Letter re: Unreported Employment (Spanish) (Rev. 8/22/12)
<b>W-122E</b>	Cash Assistance (CA) and Food Stamp (FS) Budgeting Changes from 2002 to 2010 (Rev. 8/22/12)

<b>W-127N/P</b>	Important Notice to Food Stamp Applicants/Participants (Rev. 8/22/12)
<b>W-127N/P (S)</b>	Important Notice to Food Stamp (Spanish) Applicants/Participants (Rev. 8/22/12)
<b>W-129PP</b>	Food Stamp Eligibility Interview Appointment Notice (Rev. 8/22/12)
<b>W-129PP (S)</b>	Food Stamp Eligibility Interview Appointment Notice (Spanish) (Rev. 8/22/12)

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

### Mandatory Dispute Resolution Appointment

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

New York State informs us that you have a Fair Hearing request, with the above Fair Hearing number.

This notice informs you that, prior to the Fair Hearing, you must attend a Mandatory Dispute Resolution (MDR) interview to discuss the issues relating to your cash assistance benefits that you intend to raise at the Fair Hearing.

You Must Report to Reception on:

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

At the MDR Interview appointment, you will meet with a Supervisor to attempt to resolve the issues regarding your requested Fair Hearing. This will be your opportunity to discuss the issues regarding your cash assistance benefits. You will not be required to discuss any Medicaid or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) issues unless you choose to. At this appointment, you should present any evidence, testimony, and/or documentation that you intend to present at the Fair Hearing.

If you have been designated as a homebound appellant or are scheduled for a telephone hearing by the New York State Office of Temporary and Disability Assistance, Office of Administrative Hearings, we will contact you by telephone to attempt to resolve your issues.

If you are unable to keep the MDR appointment, you can reschedule it by calling \_\_\_\_\_. If you fail to keep the MDR appointment, the Hearing Officer will determine whether or not you had good cause for missing it. If he/she determines that you did not have good cause, this could affect your benefits. The Hearing Officer may consider your failure to appear at the MDR appointment in deciding whether to believe your testimony concerning the issue for which you requested the hearing. In determining whether good cause exists, the Hearing Officer must consider the facts, circumstances, and information submitted by you, including circumstances beyond your control.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Núm.  
de Audiencia Imparcial: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_

### Cita para Resolución Obligatoria de Disputa

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

El Estado de Nueva York nos ha informado de su petición para una Audiencia Imparcial cuyo número aparece más arriba.

Mediante el presente aviso le informamos de que antes de la Audiencia Imparcial, usted tiene que asistir a una entrevista de Resolución Obligatoria de Disputa (Mandatory Dispute Resolution – MDR) para tratar de los asuntos relativos a sus beneficios de asistencia en efectivo que desea plantear en la audiencia.

Debe Presentarse a la Recepción el: \_\_\_\_\_

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

En la entrevista de Cita de MDR, usted se reunirá con un Supervisor para tratar de solucionar los problemas relacionados con la Audiencia Imparcial que ha solicitado. Esta será su oportunidad de tratar los problemas relacionados con sus beneficios de asistencia en efectivo. Sin embargo, no será necesario que se trate ningún asunto de Medicaid o beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), a menos que así usted lo desee. Durante esta cita usted debe presentar cualquier prueba, testimonio y/o documentos que se proponga presentar en la Audiencia Imparcial.

Si usted ha sido designado como apelante confinado al hogar o si se le ha programado una audiencia telefónica de la Oficina de Asistencia Temporal para Incapacitados del Estado de Nueva York y la Oficina de Audiencias Administrativas (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, Office of Administrative Hearings), entonces nos comunicaremos con usted por teléfono para tratar de resolver sus problemas.

Si usted no puede presentarse a la cita de la MDR, puede reprogramarla llamando al \_\_\_\_\_. Si no se presenta a su cita de la MDR, el oficial de la audiencia determinará si usted tuvo motivo justificado para faltar a la cita de la MDR. Si el/ella determina que usted no tuvo motivo justificado, esto le podría afectar sus beneficios. El Oficial de la Audiencia puede tomar en consideración el que haya faltado a la cita de la MDR al decidir si su testimonio es verídico respecto a los problemas por los cuales ha solicitado una audiencia. Para determinar si existe motivo justificado, el Oficial de Audiencia tiene que considerar todo dato, circunstancia e información que usted presente, a incluir circunstancias ajenas a su voluntad.

Date: \_\_\_\_\_  
Participant Name: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
SNAP Center: \_\_\_\_\_  
Telephone Number: \_\_\_\_\_

### Non-Response to Telephone Recertification Notice

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

On \_\_\_\_\_, we sent you a telephone recertification packet. In the packet we requested that you complete the recertification application and return it to the Human Resources Administration (HRA) by \_\_\_\_\_. As of \_\_\_\_\_, we have not received your recertification application and supporting documentation.

If you have not already done so, please complete the enclosed recertification application and mail any supporting documentation back to HRA. Once we receive your recertification application, we will contact you by telephone to conduct your recertification interview. **Remember, it is not necessary for you to come into a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Center to conduct your recertification interview. The new process will allow you to recertify from your home or place of employment.** If you prefer to be interviewed in person you can complete and mail in the application and supporting documents to get an appointment or bring them into the SNAP Center.

You will **NOT** be called and **NO** interview will be conducted until **AFTER** our office has received your signed recertification application. If you do not submit your recertification application and are not interviewed, you will not receive SNAP Benefits after \_\_\_\_\_.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del Participante: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro de SNAP: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

### Falta de Respuesta al Aviso de Recertificación Por Teléfono

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

El \_\_\_\_\_, le mandamos por correo un paquete de recertificación por teléfono. En dicho paquete le pedimos que llenara la solicitud de recertificación y que la devolviera a la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) a más tardar el \_\_\_\_\_. Hasta la fecha \_\_\_\_\_, aún no hemos recibido su solicitud de recertificación y documentos comprobantes.

Si aún no lo ha hecho, por favor llene la solicitud de recertificación adjunta y envíela por correo junto los documentos comprobantes a la HRA. Una vez recibamos su solicitud de recertificación, nos pondremos en contacto con usted por teléfono para realizar su entrevista de recertificación. **Recuerde que no es necesario que usted venga a un Centro del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) para llevar a cabo su entrevista de recertificación. Este nuevo proceso le permitirá recertificarse desde su propio hogar y/o de su local de trabajo.** Si prefiere ser entrevistado(a) en persona, puede llenar y mandar por correo la solicitud y sus documentos comprobantes para obtener una cita y/o puede llevarlos personalmente a un Centro de SNAP.

Usted **NO** será contactado(a) por teléfono y la entrevista **NO** se llevará a cabo hasta **DESPUÉS** de que nuestra oficina haya recibido su solicitud de recertificación firmada. Si no envía su solicitud de recertificación y no es entrevistado(a), usted no recibirá Beneficios de SNAP después de \_\_\_\_\_.

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

**Documentation Request Form**  
(Return Document for Special Grant)

Please bring or mail this form, including the documents listed below, to the above address.

**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.

- Must see Worker upon return     Must see the Homelessness Diversion Unit (HDU) upon return  
 Please return to sign your repayment agreement on the due date noted above.

<input checked="" type="checkbox"/> Request Type:	Documentation:	Name:
<input type="checkbox"/> Broker's fees/voucher	Statement from Licensed Broker	
<input type="checkbox"/> Chattel mortgage	Updated court documents/ Installments debts	
<input type="checkbox"/> Disaster shelter/transportation/ replacement of clothing/ household furnishings	Statement/Referral from Red Cross.	
<input type="checkbox"/> Fuel/utility arrears	Oil/gas/electric/water bill; utility shut-off notice/restore notice	
<input type="checkbox"/> Furniture allowance/ essential household items	Leasing/purchasing/sales agreements	
<input type="checkbox"/> Home-delivered meals/restaurant allowance	Doctor/social worker's letter verifying disability; utility company temporary shut-off notice; other proof of inability to prepare meals at home	
<input type="checkbox"/> Home repair/maintenance	Three estimates from contractors	
<input type="checkbox"/> Purchase of interest in low-cost housing development	Proof of income such as Form <b>W-2</b> , current pay stubs, income tax return for year _____; statement from financial institution/lender	
<input type="checkbox"/> Mortgage payments/arrears	Statement from financial institution/lender; liens, lawsuits, other pending claims	
<input type="checkbox"/> Moving expenses/allowance	Three estimates from Licensed Movers	
<input type="checkbox"/> Pregnancy allowances	Doctor/clinic/medical statement with EDC date	
<input type="checkbox"/> Property tax payments/arrears	Tax bill (showing ownership of home)	
<input type="checkbox"/> Replacement of lost /stolen SSI check/cash (proceeds of SSI check only)	SSI, SSA, pension award letter	



<input checked="" type="checkbox"/> Request Type:	Documentation:	Name:
<input type="checkbox"/> Rent supplement/arrears	Current lease; rental history breakdown from landlord; landlord notice/court documents; proof of contributions toward rent arrears from family, friends, organizations such as Form <b>W-146E</b> completed and signed by third party; proof of income such as pay stubs/statement from employer; other verification of how future excess rent will be paid	
<input type="checkbox"/> Security deposit/rent in advance	Statement from landlord regarding new apartment/security deposit	
<input type="checkbox"/> Storage of furniture/personal belongings	Statement from storage facility	
<input type="checkbox"/> Other (indicate below): _____ _____ _____		

**If for any reason you are unable to meet the agreed-upon due date, you must call your Worker prior to that due date. Failure to submit the above-specified documentation may result in the denial of your request for an additional allowan**

SAMPLE

\_\_\_\_\_  
 Applicant/Participant's Signature                      Applicant/Participant's Telephone Number                      Date

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

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Número del Centro : \_\_\_\_\_

Dirección del Centro: \_\_\_\_\_

Fecha de Entrega: \_\_\_\_\_

**Formulario para Solicitar Documentación**  
(Devuelva este Documento para Concesión Especial)

**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.

Favor de traer o enviar por correo a la dirección de arriba este formulario, incluyendo los documentos marcados abajo.

- Debe reunirse con Trabajador al regresar
- Debe reunirse con la Unidad de Reasignación de Desamparados (HDU) al regresar
- Favor de volver para firmar su acuerdo de reembolso en la fecha de entrega indicada arriba.

<input type="checkbox"/> Tipo de Petición:	Documentación:	Nombre:
<input type="checkbox"/> Cuota/comprobante de Agente	Declaración por parte de Agente con Licencia	
<input type="checkbox"/> Hipoteca prendaria	Documentos actualizados de la corte/Deudas a plazos	
<input type="checkbox"/> Refugio/transporte para desastres reemplazo de ropa/mobiliario	Declaración de la Cruz Roja/Derivación	
<input type="checkbox"/> Atrasos de combustible/electricidad y/o gas	Factura de aceite/electricidad/agua; aviso de desconexión de servicios de electricidad y/o gas/aviso de restablecimiento de servicios	
<input type="checkbox"/> Concesión para mobiliario y otros artículos domésticos	Acuerdo de compraventa	
<input type="checkbox"/> Comidas a domicilio/concesión para restaurantes	Carta del doctor y/o trabajador social comprobando tipo de incapacidad	
<input type="checkbox"/> Reparaciones/mantenimiento a la vivienda	Tres presupuestos de contratistas	
<input type="checkbox"/> Compra de Intereses en urbanización a bajo costo	Prueba de Ingreso como Formulario <b>W-2 (S)</b> actual, declaración de impuestos para el año _____; declaración por parte de institución financiera/prestamista	
<input type="checkbox"/> Atrasos/pagos de hipoteca	Declaración por parte de institución financiera/prestamista; retenciones, demandas, otras reclamaciones pendientes	
<input type="checkbox"/> Concesión/gastos de mudanza	Tres presupuestos por parte de Compañías de Mudanza con Licencia	
<input type="checkbox"/> Concesión por embarazo	Prueba médica de embarazo/carta del médico con fecha de EDC	
<input type="checkbox"/> Pagos/atrasos de impuesto sobre la propiedad	Factura de impuestos (indique posesión de la propiedad)	
<input type="checkbox"/> Reemplazo/reembolso de dinero/propiedad perdido(a)/robado(a) (sólo dinero del cheque de SSI)	Carta de asignación de jubilación SSI, SSA	



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Job Type: \_\_\_\_\_  
Worker Name: \_\_\_\_\_  
Worker Telephone Number: \_\_\_\_\_

### Employment Appointment Notice

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

The Job Center indicated above has a temporary job opportunity for you. The job will be paid employment with a New York City public or private agency. When you report to the appointment below, the responsibilities and terms of employment will be discussed at that time.

Please report to your appointment as follows:

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Location Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Travel Directions:

**This is a mandatory engagement appointment.** Failure to keep this appointment may result in a reduction in your Cash Assistance and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits. If you have any questions or are unable to keep this appointment, please contact us at the above number prior to your appointment date. You can also call this number if you have a physical, mental health, or learning problem that makes it difficult for you to keep this appointment.

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

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Tipo de Empleo: \_\_\_\_\_  
Nombre del Trabajador: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del Trabajador: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cita de Empleo

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

El Centro de Trabajo mencionado más arriba tiene para usted una oportunidad para empleo temporario. El empleo será pagado y con una agencia de empleo privada o pública de la Ciudad de Nueva York. Al presentarse a la cita más abajo, platicaremos acerca de las responsabilidades y condiciones de este empleo.

Favor de presentarse a la cita:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del Local: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

**Esta es una cita de compromiso obligatoria.** El no presentarse a esta cita como debido podría resultar en una reducción de sus beneficios de Asistencia en Efectivo y/o del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). Si usted tiene cualquier pregunta, o si no puede asistir a la cita, favor de comunicarse con nosotros al número más arriba antes de la fecha de su cita. Además, puede llamar a este número si tiene un problema físico, mental, o de aprendizaje que le dificulte asistir a la cita.

**Usted debe presentarse al Centro de Empleo con este formulario.**

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
FH&C Telephone: \_\_\_\_\_  
TAG Assessment Date: \_\_\_\_\_

### Notice of Approval of Request for Educational/Training Program

**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 requested approval to attend/continue in an educational/training program. This notice is to inform you that your request has been APPROVED because:

- the Human Resources Administration (HRA)-approved program is in accordance with the goals of your Employability Plan.
- Other (specify): \_\_\_\_\_

You will be able to attend the \_\_\_\_\_ program located at: \_\_\_\_\_

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

for the period of \_\_\_\_\_ through \_\_\_\_\_. After that date, you will be called into your Center for  
(date) (date)

an assessment of your progress toward completion of the program and to determine whether or not you will continue or be reassigned to another activity. During the period of your attendance, you will receive supportive services based upon an eligibility review, including biweekly carfare, which will be available in your Electronic Benefits Transfer (EBT) account and/or part-time or full-time child care, which will be paid directly to your child care provider. You may also be assigned to a concurrent work activity if necessary to fulfill the mandatory 35-hour workweek.

Vendor Skill Code: \_\_\_\_\_

Other supportive services (Regional Manager-approved only) \_\_\_\_\_

A copy of the completed FIA School/Training Enrollment Letter (**W-700D**) is attached.

Failure to comply with program requirements without good cause may result in the reduction of your cash assistance and/or SNAP benefits.

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 385.9.

---

TAG Worker's Signature

Date

**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.**

**(continued on page 3)**

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 on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### STATE FAIR HEARING

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

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

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

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

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



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

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

**FAIR HEARING REQUEST**

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for cash assistance issues.

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

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

SAMPLE

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
Name M.I. Last Name

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

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

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Unidad del Caso: \_\_\_\_\_  
Teléfono de FH&C: \_\_\_\_\_  
Fecha de Evaluación de TAG: \_\_\_\_\_

### Aviso de Aprobación de Solicitud a un Programa de Educación/Capacitación

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

Usted ha solicitado que se le permita asistir/continuar un programa de educación/capacitación. Este aviso es para informarle de que su solicitud ha sido APROBADA debido a que:

- El programa aprobado por la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) coincide con las metas de su Plan de Empleabilidad
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Usted podrá asistir al programa de \_\_\_\_\_  
ubicado en: \_\_\_\_\_

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

por el período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. Después de esa fecha, se le convocará a su Centro para una  
(fecha) (fecha)

evaluación de su progreso hacia el cumplimiento del programa, y se determinará si seguirá la actividad o si será reasignado a otra. Durante el período que esté asistiendo, y de acuerdo a una revisión de elegibilidad, usted recibirá servicios de apoyo, incluidos la tarifa de transporte quincenal (la cual estará disponible en su cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios [Electronic Benefits Transfer – EBT]) y/o cuidado infantil a tiempo parcial o completo lo cual será pagado directamente a su proveedor de cuidado infantil. Usted también puede ser asignado(a) a una actividad de trabajo simultánea, si fuese necesario para cumplir la semana de 35 horas laborales obligatorias.

Código de Aptitudes del Contratista: \_\_\_\_\_

Otros servicios de apoyo (sólo aprobados por el Administrador Regional) \_\_\_\_\_

Adjunta se encuentra una copia de la carta sobre su ya terminado programa Escolar/de Inscripción para Capacitación de la FIA (FIA School/Training Enrollment Letter [W-700D]).

El incumplimiento de los requisitos del programa sin motivo justificado podría resultar en la reducción de sus beneficios de asistencia en efectivo y/o del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

La(s) ley(es) y/o reglamento(s) que nos permite(n) obrar de esta forma es/son 18 NYCRR § 385.9.

---

Firma del Trabajador de TAG

Fecha

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

**(continuación en la página 3)**

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

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

- (1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a: Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) 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, New York, 11201**
- (5) POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.ny.gov/cah/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 Audiencia Imparciales.

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

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

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

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Fecha Límite:** Si usted desea que el estado revise nuestra decisión, usted tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de 60 días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia en efectivo.

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.

**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: \_\_\_\_\_

## Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide

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

Eligibility Factor	To prove this factor, provide: <b>ONE</b> of the following ↓ OR	<b>TWO*</b> of the following:
<input type="checkbox"/> <b>Identity</b> You must establish identity for each person listed.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Photo I.D.</li> <li>• Driver's license</li> <li>• U.S. passport</li> <li>• Naturalization certificate</li> <li>• Hospital/Doctor's records</li> <li>• Adoption papers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statement from another person</li> <li>• Birth/baptismal certificate</li> <li>• Validated Social Security Number (SSN)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Marital Status</b> You must prove if you are married, divorced, separated or widowed (not required for the Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP]).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marriage/Death certificates</li> <li>• Separation agreement</li> <li>• Divorce decree</li> <li>• Social Security records</li> <li>• Veterans Administration (VA) records</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statement from clergy</li> <li>• Census records</li> <li>• Newspaper notice</li> <li>• Statement from another person</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Relationship</b> If you are related to a child in the household, you must prove the relationship.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Birth certificate (long form)</li> <li>• Adoption papers/records</li> <li>• Court records</li> <li>• Medical records</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Applicant's statement</li> <li>• Newspaper notice</li> <li>• Statement from clergy</li> <li>• Statement from another person</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Residence</b> You must verify your place of residence (if applicable).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statement from landlord/primary tenant</li> <li>• Current rent receipt or lease</li> <li>• Mortgage records</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statement from another person</li> <li>• Current mail</li> <li>• School records</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Household Composition/Size</b> You must prove who is living with you.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statement from non relative landlord</li> <li>• School records</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statements from other persons</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Age</b> You must prove the age of each person applying for assistance, where appropriate.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Birth certificate</li> <li>• Baptismal records/certificate</li> <li>• Hospital records</li> <li>• Adoption papers/records</li> <li>• Naturalization certificate</li> <li>• Driver's license</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insurance policy</li> <li>• Census records</li> <li>• School records</li> <li>• Statement from another person</li> <li>• Physician statement</li> <li>• Official correspondence from Social Security Administration (SSA)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Absence/Death of Parent(s)</b> If the parent(s) of any child in your home is not living with you, you must prove this (not required for SNAP).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Death certificate</li> <li>• Survivor's benefit records</li> <li>• Hospital records</li> <li>• VA or military records</li> <li>• Divorce papers</li> <li>• Proof of remarriage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Newspaper notice</li> <li>• Insurance company records</li> <li>• Institutional records</li> <li>• Agency case records and burial payment files</li> <li>• Statement from another person</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Absent Parent Information</b> If the parent(s) of any child in your home is not living with you, you must provide information you have about the individual's: name, address, SSN, birth date, and employment (not required for SNAP).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pay stubs</li> <li>• Tax returns</li> <li>• Social Security or VA records</li> <li>• Monetary determination letters</li> <li>• ID cards (health insurance)</li> <li>• Driver's license or registration</li> </ul>	NA
<input type="checkbox"/> <b>Social Security Number</b> For Temporary Assistance, SNAP Benefits and Medical Assistance <b>only</b> , you do <b>not</b> have to provide proof of your SSN unless the SSN you give does not match the SSA's records or cannot be verified by the Agency.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Social Security card</li> <li>• Official correspondence from SSA</li> </ul> <p>A Social Security number is not required for aliens who are seeking Medical Assistance for emergency treatment only or are Medical Assistance – only applicants who are pregnant.</p>	NA

\*If you are applying for the SNAP Benefits or Medical Assistance **only**, you need to bring **one form for each Eligibility Factor checked**.

**Note:** For SNAP, copies of documents are acceptable whenever proof of eligibility is presented. For Cash Assistance (CA) and Medical Assistance (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.

Eligibility Factor	To prove this factor, provide ONE of the following:
<input type="checkbox"/> <b>Citizenship or Current Alien Status</b> <b>Status</b> – U.S. citizens are eligible for Temporary Assistance, the Supplemental Nutrition Assistance Program and medical assistance. Aliens must be in satisfactory immigration status in order to be eligible for Temporary Assistance, the Supplemental Nutrition Assistance Program and medical assistance. Immigration status is <b>not</b> an eligibility factor for pregnant women or immigrant children applying for Child Health Plus B. Undocumented immigrants and temporary nonimmigrants are eligible only for the treatment of an emergency medical condition.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Birth certificate</li> <li>• Baptismal certificate/records</li> <li>• Hospital records</li> <li>• U.S. passport</li> <li>• Military service records</li> <li>• Naturalization certificate</li> <li>• USCIS documentation</li> <li>• Evidence of continuous U.S. residence since prior to 1/1/72</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Earned Income</b>  <input type="checkbox"/> From employer  <input type="checkbox"/> From self-employment  <input type="checkbox"/> Income from rent or room/board	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Current wage stubs and statements of tips</li> <li>• Pay envelopes</li> <li>• Contact with employer</li> <li>• On letterhead, rate of pay per hour, hours worked per week, first pay date, if new and employer's phone number</li> <li>• Business records</li> <li>• Tax records</li> <li>• Records and related materials concerning self-employment earnings and expenses</li> <li>• Current income tax return</li> <li>• Current contribution check</li> <li>• Statement from roomer, boarder, tenant</li> <li>• Income tax record</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Unearned Income</b>  <input type="checkbox"/> Child Support  <input type="checkbox"/> Unemployment Insurance Benefits (UIB)  <input type="checkbox"/> Social Security benefits (including SSI)  <input type="checkbox"/> Veteran's benefits  <input type="checkbox"/> Worker's Compensation  <input type="checkbox"/> Education grants and loans  <input type="checkbox"/> Interest/dividends/royalties  <input type="checkbox"/> Private pension/annuity	<div style="text-align: center; font-size: 4em; color: blue; opacity: 0.5; font-family: sans-serif;">SAMPLE</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Statement from Family Court</li> <li>• Statement from person paying support</li> <li>• Check stubs</li> <li>• Official correspondence from the Child Support Enforcement Unit</li> <li>• Current award certificate</li> <li>• Official correspondence with New York State Department of Labor</li> <li>• Current award certificate/letter</li> <li>• Current benefit check</li> <li>• Official correspondence from SSA</li> <li>• Veterans Administration official correspondence</li> <li>• Current award certificate/letter</li> <li>• Current benefit check</li> <li>• Award certificate/letter</li> <li>• Check stub</li> <li>• Statement from school</li> <li>• Statement from bank</li> <li>• Statement from agency administering grant/award letter</li> <li>• Statement from bank or credit union</li> <li>• Statement from broker/financial institution/agent</li> <li>• Current award letter</li> <li>• Current benefit check</li> <li>• Official correspondence from source of income</li> <li>• Contact with source of income</li> <li>• Current contribution check</li> </ul>

**Note:** For SNAP, copies of documents are acceptable whenever proof of eligibility is presented. For Cash Assistance (CA) and Medical Assistance (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.

Eligibility Factor	To prove this factor, provide ONE of the following:
<p><b>Unearned Income continued</b></p> <p><input type="checkbox"/> Other unearned income</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Resources</b> (For Medical Assistance only, resource information is not requested from pregnant women, children under the age of 19 and persons eligible for Family Health Plus.)</p> <p><input type="checkbox"/> Bank Accounts: Checking, savings, retirement (IRA and Keogh), credit union</p> <p><input type="checkbox"/> Stocks, bonds, certificates and mutual funds</p> <p><input type="checkbox"/> Life insurance</p> <p><input type="checkbox"/> Burial trust or fund, burial plot or funeral agreement</p> <p><input type="checkbox"/> Income tax refund or Earned Income Tax Credit (EITC)</p> <p><input type="checkbox"/> Real estate other than residence</p> <p><input type="checkbox"/> Motor vehicle</p> <p><input type="checkbox"/> Lump sum payment</p> <p><input type="checkbox"/> Other resources</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statement from household</li> <li>• Statement from nursing home</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Current bank records</li> <li>• Current credit card records</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stock/bond certificate</li> <li>• Statement from financial institution</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insurance policy</li> <li>• Statement from insurance company</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bank records</li> <li>• Burial agreement</li> <li>• Burial plot deed</li> <li>• Statement from funeral director</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refund of EITC check</li> <li>• Statement from tax office</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deed</li> <li>• Statement from real estate broker</li> <li>• Broker's appraisal/estimate of current value by broker</li> <li>• Registration (older models)</li> <li>• Title of ownership</li> <li>• Appraisal of current value by dealer</li> <li>• Financing data</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Statement from the source of payment</li> <li>• Lump sum check</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Household statement of current value</li> <li>• Sales slips</li> <li>• Insurance appraisal</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> <b>Shelter Expenses</b></p> <p>You must prove how much it costs you to live where you do. (You may need to provide separate documentation for <b>each</b> item of shelter expense.)</p> <p><b>Medical Assistance does not require documentation of shelter expenses.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Current rent receipt/lease/mortgage book/records</li> <li>• Property and school tax records</li> <li>• Landlord statement</li> <li>• Sewer and water bills</li> <li>• Garbage/trash collection bills or receipts</li> <li>• Homeowner's insurance records</li> <li>• Fuel bills/shut-off notice</li> <li>• Nonheating utility bills</li> <li>• Telephone bills (or a statement from the household that the expense is incurred)</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> <b>Medical Expenses</b></p> <p>For SNAP, for aged/disabled individuals only</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statement from provider of health insurance premiums</li> <li>• Copies of medical bills (paid and unpaid)</li> <li>• Medicare prescription drug card</li> </ul>

SAMPLE

**Note:** For SNAP, copies of documents are acceptable whenever proof of eligibility is presented. For Cash Assistance (CA) and Medical Assistance (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.



Eligibility Factor	To prove this factor, provide ONE of the following:
<input type="checkbox"/> <b>Health Insurance</b> If you or anyone applying has health insurance coverage (even if paid for by someone else), you must prove this.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insurance policy/card</li> <li>• Statement from provider of coverage</li> <li>• Medicare card</li> <li>• Separation or divorce agreement with court-ordered health coverage</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Disabled/Incapacitated/Pregnant</b> If you or anyone living with you is sick or pregnant, you must provide proof. (For MA only, resource information is not requested from pregnant women, children and persons eligible for Family Health Plus).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statement from doctor, clinic or hospital verifying pregnancy, expected date of birth</li> <li>• Statement from medical professional</li> <li>• Proof of SSA/SSI benefits for disability/blindness</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Unpaid Bills</b> Rent, utility	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copy of each bill showing amount owed, period of services and provider</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Referral</b> Drug/alcohol treatment program <input type="checkbox"/> Employment service	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statement from provider of treatment</li> <li>• Statement from employment service</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Other Expenses/Dependent Care Cost</b> You must provide proof if you <b>pay</b> court-ordered support, child care, recurring loans or for the services of a home health aide or attendant.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Court order</li> <li>• Statement from day care center or other child care provider</li> <li>• Statement from aide or attendant</li> <li>• Canceled checks or receipts</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>School Attendance</b> You must prove who is in school.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• School records (current report card)</li> <li>• Statement from school or higher education institution</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Past Management</b> (For Safety Net Assistance)  <input type="checkbox"/> Earned Income  <input type="checkbox"/> Other (For cash assistance only)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Letter from employer giving dates of employment, amount earned and reason(s) for leaving</li> </ul> <p>If you were not supporting yourself from employment/earned income, please bring verification of how you were able to support yourself in the past such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bankbook/bank statement</li> <li>• Verification of expiration of benefits (workers' compensation, disability, Social Security, UIB, etc.)</li> <li>• Statement from person(s) who provided support</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Potential Benefits</b>	Statement from person(s) who provided support  <ul style="list-style-type: none"> <li>• If you or anyone in the household has applied for and been denied or has been accepted for benefits from any of the following sources, bring the award letter, check or other correspondence: Social Security, court payments, SSI, veteran's benefits, workers' compensation, union benefits, pension, military allotment, railroad retirement, NYS disability or other source</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Other</b>	

**Note:** For SNAP, copies of documents are acceptable whenever proof of eligibility is presented. For Cash Assistance (CA) and Medical Assistance (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.

## Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida

**Nota 1:** A partir del 29 de agosto, toda referencia al Programa de Cupones para Alimentos se denominará el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda referencia a Cupones para Alimentos se denominará beneficios de SNAP.

Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea: <b>UNO</b> de los siguientes ↓ <b>O</b>	<b>DOS*</b> de los siguientes:
<input type="checkbox"/> <b>Identidad</b> Usted tiene que establecer la identidad de cada persona listada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación con foto</li> <li>Licencia de conducir</li> <li>Pasaporte de EE.UU.</li> <li>Certificado de Naturalización</li> <li>Expedientes Hospitalarios/Médicos</li> <li>Documentos de adopción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración por parte de otra persona</li> <li>Acta de nacimiento/ bautismo</li> <li>Número de Seguro Social con validación</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Estado Civil</b> Usted tiene que probar si está casado(a), divorciado(a), separado(a), o envidado(a). (No se requiere para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental [SNAP])	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certificado de Defunción/Matrimonio</li> <li>Acuerdo de separación</li> <li>Sentencia de divorcio</li> <li>Registros de Seguro Social</li> <li>Registros de la Administración de Veteranos (VA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración por parte de un clérigo</li> <li>Expedientes del censo</li> <li>Anuncio del periódico</li> <li>Declaración por parte de otra persona</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Parentesco</b> Si usted es familiar de un niño en el hogar, tiene que probar el parentesco.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de nacimiento (versión larga)</li> <li>Documentos/registros de adopción</li> <li>Actas judiciales</li> <li>Expedientes médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración del solicitante</li> <li>Anuncio del periódico</li> <li>Declaración de un clérigo</li> <li>Declaración por parte de otra persona</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Domicilio</b> Usted tiene que comprobar su domicilio (si corresponde).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración del casero/inquilino principal</li> <li>Recibo actual de alquiler o contrato del mismo</li> <li>Documentos hipotecarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración por parte de otra persona</li> <li>Correspondencia actual</li> <li>Expedientes escolares</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Miembros/Tamaño del Hogar</b> Usted tiene que probar quién está viviendo con usted.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración del casero que no es pariente</li> <li>Expedientes escolares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración por parte de otras personas</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Edad</b> Usted tiene que probar la edad de cada persona que solicite asistencia, cuando corresponda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de nacimiento</li> <li>Certificado/documentos de bautismo</li> <li>Expedientes hospitalarios</li> <li>Documentos/registros de adopción</li> <li>Certificado de naturalización</li> <li>Licencia de conducir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Póliza de seguro</li> <li>Expedientes del censo</li> <li>Expedientes escolares</li> <li>Declaración por parte de otra persona</li> <li>Declaración de médico</li> <li>Correspondencia oficial por parte de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration-SSA)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Ausencia/Muerte del Padre o de la Madre</b> Si el padre o la madre o ambos de cualquier niño(a) en su hogar no vive con usted, tiene que probarlo. (No se requiere para SNAP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certificado de defunción</li> <li>Expedientes de beneficios de sobrevivientes</li> <li>Expedientes hospitalarios</li> <li>Expedientes militares o de la Administración de Veteranos (VA)</li> <li>Documentos de divorcio</li> <li>Prueba de nuevo matrimonio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anuncio del periódico</li> <li>Expedientes de la compañía de seguros</li> <li>Expedientes institucionales</li> <li>Expedientes de caso de la Agencia y de pagos de entierro</li> <li>Declaración por parte de otra personal</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Información Respecto al Padre o Madre Ausente</b> Si el padre o la madre de cualquier niño(a) en su hogar no vive con usted, usted tendrá que proporcionar la información que tenga acerca de esas personas: nombre, dirección, número de Seguro Social, fecha de nacimiento, empleo. (No se requiere para SNAP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Talones de paga</li> <li>Declaración de impuestos</li> <li>Documentos de Seguro Social o de la Administración de Veteranos (Veteran's Administration - VA)</li> <li>Cartas de determinación monetaria</li> <li>Tarjetas de Identificación (seguro médico)</li> <li>Licencia de conducir o matrícula</li> </ul>	No corresponde
<input type="checkbox"/> <b>Número de Seguro Social</b> Para Asistencia Temporal, SNAP y <u>sólo</u> Asistencia Médica, usted <u>no</u> tiene que proporcionar prueba de su Número de Seguro Social, a menos que el Número de Seguro Social que proporcione no corresponda con los expedientes de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration - SSA) o no pueda ser verificado por la agencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tarjeta de Seguro Social</li> <li>Correspondencia oficial de parte de la SSA</li> </ul> <p>El número de Seguro Social no se requiere a extranjeros que soliciten Asistencia Médica sólo para emergencia o sean solicitantes embarazadas de sólo Asistencia Médica.</p>	No corresponde

\* Si usted está solicitando **sólo** beneficios del SNAP o Asistencia Médica, tiene que traer **sólo un documento para cada Factor de Elegibilidad marcado**.

**Nota:** 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. Fotocopias de documentos son aceptadas para todos los otros Factores de Elegibilidad, con la excepción de identidad y del estado de ciudadanía/extranjero.

Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea UNO de los siguientes:
<input type="checkbox"/> <b>Ciudadanía o Estado Actual de Extranjero</b> <b>Estado</b> – Los ciudadanos de EE.UU. tienen derecho a Asistencia Temporal, SNAP, y asistencia médica. Los extranjeros deben tener un estado satisfactorio de inmigrante para ser elegible para Asistencia Temporal, SNAP y asistencia médica. El estado migratorio <b>no</b> se toma en cuenta en casos de mujeres embarazadas o niños inmigrantes que estén solicitando Child Health Plus B. Los inmigrantes indocumentados y los no inmigrantes temporarios sólo tienen derecho a tratamiento en casos de emergencias médicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de nacimiento</li> <li>• Certificado/documentos de bautismo</li> <li>• Expedientes hospitalarios</li> <li>• Pasaporte de EE.UU.</li> <li>• Expedientes de servicio militar</li> <li>• Certificado de naturalización</li> <li>• Documentación de USCIS</li> <li>• Prueba de residencia continua en EE.UU. desde antes de 1/1/72</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Ingreso Salarial</b>  <input type="checkbox"/> De parte del empleador  <input type="checkbox"/> De empleo por cuenta propia  <input type="checkbox"/> Ingresos de alquiler o por servicios a huéspedes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talones salariales actuales y declaración de propinas</li> <li>• Sobres de paga</li> <li>• Contacto con el empleador</li> <li>• En carta con membrete, paga por hora; número de horas trabajadas por semana; fecha del primer pago, si el trabajo es nuevo; y número de teléfono del empleador</li> <li>• Registros comerciales</li> <li>• Expedientes de impuestos</li> <li>• Toda documentación o material relacionado con las ganancias y gastos de trabajo por cuenta propia</li> <li>• Declaración actual de impuestos</li> <li>• Cheque de contribución actual</li> <li>• Declaración del inquilino o huésped</li> <li>• Expedientes de impuestos</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Ingreso No Salarial</b>  <input type="checkbox"/> Manutención de Niños  <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro de Desempleo (Unemployment Insurance Benefits – UIB)  <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social (incluyendo SSI)  <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos  <input type="checkbox"/> Compensación Laboral  <input type="checkbox"/> Subsidios y Préstamos Educativos  <input type="checkbox"/> Intereses/Dividendos/Regalías  <input type="checkbox"/> Pensión/Anualidad Privada  <input type="checkbox"/> Otros Ingresos no Salariales <hr/> <hr/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración por parte del Tribunal Familiar</li> <li>• Declaración por parte de la persona que proporciona manutención</li> <li>• Talones de paga</li> <li>• Correspondencia oficial de parte de Unidad de Aplicación de Manutención de Niños</li> <li>• Certificado de asignación actual</li> <li>• Correspondencia oficial del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York</li> <li>• Certificado/carta de asignación actual</li> <li>• Cheque de beneficios actuales</li> <li>• Correspondencia oficial de parte de SSA</li> <li>• Correspondencia oficial de la Administración de Veteranos</li> <li>• Carta/certificado de asignación actual</li> <li>• Cheque de beneficio actual</li> <li>• Carta/certificado de asignación actual</li> <li>• Talón de paga</li> <li>• Declaración por parte de la escuela</li> <li>• Declaración por parte del banco</li> <li>• Declaración de la agencia que administra subsidio/carta de beneficio</li> <li>• Declaración del banco o cooperativa</li> <li>• Declaración del corredor de bolsa/institución financiera</li> <li>• Carta de beneficio actual</li> <li>• Cheque de beneficio actual</li> <li>• Correspondencia oficial por parte de la fuente de ingreso</li> <li>• Contacto con la fuente de ingreso</li> <li>• Cheque de contribución actual</li> </ul> <hr/> <hr/>

SAMPLE

**Nota:** 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. Fotocopias de documentos son aceptadas para todos los otros Factores de Elegibilidad, con la excepción de identidad y del estado de ciudadanía/extranjero.

Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea UNO de los siguientes:
<p><input type="checkbox"/> <b>Recursos</b> (Para sólo Asistencia Médica, información respecto a recursos no se requiere para embarazadas, niños menores de 19 años de edad y personas elegibles para Family Health Plus.)</p> <p><input type="checkbox"/> Cuentas bancarias: Corriente, de Ahorros, Retiro (IRA y Keogh), Cooperativa de Crédito</p> <p><input type="checkbox"/> Acciones, Bonos, Certificados y Fondos de Inversión</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de Vida</p> <p><input type="checkbox"/> Fideicomiso o Fondo de Entierro, Terreno de Entierro o Acuerdo Funerario</p> <p><input type="checkbox"/> Reembolso o Crédito de Impuestos (Earned Income Tax Credit – EITC)</p> <p><input type="checkbox"/> Bienes Raíces aparte del Domicilio</p> <p><input type="checkbox"/> Vehículo Motor</p> <p><input type="checkbox"/> Pago de Suma Total</p> <p><input type="checkbox"/> Otros Recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración por parte del hogar</li> <li>• Declaración por parte del hogar para ancianos</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registros bancarios actuales</li> <li>• Registros actuales de cooperativa de crédito</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de acciones/bonos</li> <li>• Declaración de institución financiera</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Póliza de seguro</li> <li>• Declaración de la compañía de seguros</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expedientes bancarios</li> <li>• Acuerdo de entierro</li> <li>• Escritura de terreno de entierro</li> <li>• Declaración del director funerario</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cheque de reembolso o EITC</li> <li>• Declaración de la agencia de impuestos</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escritura</li> <li>• Declaración del agente de bienes Raíces</li> <li>• Tasación/estimación del valor actual por parte del agente</li> <li>• Matrícula (modelos viejos)</li> <li>• Título</li> <li>• Tasación de valor actual del distribuidor</li> <li>• Datos de financiamiento</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración de la fuente de pago</li> <li>• Cheque de pago total</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración del hogar de valor actual</li> <li>• Recibos de ventas</li> <li>• Tasación del seguro</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> <b>Gastos de Alojamiento</b> Usted tiene que probar cuánto le cuesta vivir en su domicilio. (Puede ser que tenga que proporcionar documentación por separado para cada partida de los gastos de alojamiento.) <b>La Asistencia Médica no requiere documentación de gastos de alojamiento.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo/contrato de alquiler/documentos hipotecarios actuales</li> <li>• Registros de propiedad y registros de Impuestos escolares</li> <li>• Declaración del casero</li> <li>• Cuentas de alcantarilla y de agua</li> <li>• Recibos o cuentas de recogida de basura</li> <li>• Expedientes de seguro de propietario o vivienda</li> <li>• Facturas de combustible/aviso de desconexión</li> <li>• Facturas de electricidad y/o gas no usados para calefacción</li> <li>• Cuentas de teléfono (o una declaración del hogar respecto al gasto incurrido)</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> <b>Gastos Médicos</b> <b>Para SNAP</b>, sólo para ancianos/incapacitados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración por parte de quien paga cuotas de gastos médicos</li> <li>• Copias de cuentas médicas (pagadas o por pagar)</li> <li>• Tarjeta para recetas de Medicare</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> <b>Seguro Médico</b> Si usted o cualquier otro solicitante tiene cobertura médica (aún si pagada por otra persona), tiene que probarlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarjeta/póliza de seguros</li> <li>• Declaración por parte de quien provee cobertura</li> <li>• Tarjeta para recetas de Medicare</li> <li>• Acuerdo de separación o divorcio con cobertura médica por decreto judicial</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> <b>Incapacitado(a)/Embarazada</b> Si usted o cualquier persona que viva con usted está enfermo(a) o embarazada, tiene que proporcionar prueba de ello. (Sólo para MA, no se requiere información sobre recursos por parte de mujeres embarazadas, niños y personas elegibles para Family Health Plus)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración del médico, clínica u hospital que compruebe embarazo, fecha de nacimiento proyectada</li> <li>• Declaración de profesional médico</li> <li>• Prueba de SSA/SSI por incapacidad/ceguera</li> </ul>

**Nota:** 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. Fotocopias de documentos son aceptadas para todos los otros Factores de Elegibilidad, con la excepción de identidad y del estado de ciudadanía/extranjero.

Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea UNO de los siguientes:
<input type="checkbox"/> <b>Cuentas por Pagar</b> Alquiler, servicios de electricidad y/o gas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copia de cada cuenta en que figure la cantidad que debe, período de servicio y proveedor del mismo</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Envío</b> Programa de Tratamiento de Drogadicción/Alcoholismo  <input type="checkbox"/> Servicio de Empleo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración por parte del proveedor de Tratamiento</li> <li>Declaración por parte del servicio de empleo</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Otros Gastos/Costo del Cuidado de Dependientes</b> Si usted <b>paga</b> manutención de niños por decreto judicial, cuidado infantil, deudas recurrentes, o para los servicios de un ayudante de salud doméstico, tiene que proporcionar prueba de dichos pagos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Decreto judicial</li> <li>Declaración por parte de la guardería de niños u otro proveedor de cuidado</li> <li>Declaración por parte del ayudante de salud</li> <li>Cheques o recibos cancelados</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Asistencia Escolar</b> Usted tiene que probar quién asiste a la escuela	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registros escolares (libreta de notas actual)</li> <li>La declaración por parte de la escuela o universidad</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Administración Previa</b> (Para Asistencia Red de Seguridad [Safety Net Assistance])  <input type="checkbox"/> Ingreso salarial  <input type="checkbox"/> Otro (Sólo para Asistencia en Efectivo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carta por parte del empleador con fechas de empleo, sueldo y razón(es) por haber dejado el trabajo</li> <li>Si usted no se estaba manteniendo con empleo/ingreso salarial, favor de traer comprobantes de cómo pudo mantenerse en el pasado, tales como:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>Talonestado de cuenta</li> <li>Comprobante de vencimiento de Beneficios (compensación de trabajadores, seguro de incapacitados, Seguro Social, UIB, etc.)</li> <li>Declaración por parte de persona(s) que brindaba(n) apoyo económico</li> </ul> </li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Posibles Beneficios</b>	Declaración por parte de la(s) persona(s) que brindaba(n) apoyo económico <ul style="list-style-type: none"> <li>Si usted o alguien en el hogar ha solicitado y ha recibido o se le ha negado beneficios de cualquiera de las fuentes a continuación, traiga la carta de asignación, cheque u otra correspondencia: Seguro Social, pagos del tribunal, SSI, beneficios de veteranos, compensación laboral, beneficios de sindicato, pensión, asignación militar, retiro ferroviario, beneficios para incapacitados del estado de Nueva York u otra fuente</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Otro</b>	

**Nota:** 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. Fotocopias de documentos son aceptadas para todos los otros Factores de Elegibilidad, con la excepción de identidad y del estado de ciudadanía/extranjero.

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

### Notice of Outstanding Required Documentation

**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 connection with your application or recertification you must provide documents that verify the factors checked (☑) below. These documents must be submitted by \_\_\_\_\_ . If the Agency does not receive these

documents as indicated, your application for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits may be denied, reduced or discontinued. These documents can be submitted in person or mailed to the address above. If mailing, please use the self-addressed, postage paid envelope we have provided for you. If you cannot get the outstanding documents, tell your Worker right away. Your Worker will then try to help you obtain the documents you need. You will not be denied SNAP if you cannot provide the requested documents if your eligibility can otherwise be established.

SAMPLE

#### REQUIRED

1.  Verification that \_\_\_\_\_ lives in your household  
Date  
Name
2.  Verification that you are billed for utilities or fuel for heat separate from your rent
3.  Verification of your shelter expenses (e.g., rent or mortgage payments)
4.  Verification of your child care or dependent care costs
5.  Verification of your medical costs
6.  Income of \_\_\_\_\_  
Name Name
7.  Bank account of \_\_\_\_\_  
Name Name
8.  Your identity
9.  Your address
10.  Alien status of \_\_\_\_\_  
Name Name
11.  Verification of Social Security number for: \_\_\_\_\_  
Name Name
12.  Other (specify): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Worker's Signature

**Note:** Copies of the requested documents are acceptable.

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

### Aviso de Documentos Solicitados Pendientes

**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.

Con respecto a su solicitud o recertificación, usted tiene que proveer comprobantes de los factores de elegibilidad marcados (☑) más abajo. Dichos documentos tienen que presentarse antes del \_\_\_\_\_. Si

Fecha

la Agencia no recibe dichos documentos como se indica, su solicitud de Beneficios de SNAP puede ser rechazada, reducida, o discontinuada. Los documentos en cuestión pueden presentarse en persona o enviarse por correo a la dirección más arriba. Si se van a enviar por correo, favor de usar el sobre prepagado con dirección del remitente que le hemos proporcionado. En caso de que no pueda obtener los documentos pendientes, avise inmediatamente a su Trabajador quien tratará de ayudarlo a obtener los documentos necesarios. No se le negará beneficios de SNAP si usted no puede proveer los documentos solicitados, en el caso en que su elegibilidad pueda ser establecida de otra manera.

#### REQUERIDO

1.  Verificación de que \_\_\_\_\_ vive en su hogar  
Nombre
2.  Verificación de que le facturan por electricidad y/o gas o por combustible para calefacción separado de su alquiler
3.  Verificación de sus gastos de refugio (e.g., pagos de alquiler o hipoteca)
4.  Verificación de sus gastos de cuidado infantil o cuidado de dependiente(s)
5.  Verificación de sus gastos médicos
6.  Ingresos de \_\_\_\_\_  
Nombre Nombre
7.  Cuenta bancaria de \_\_\_\_\_  
Nombre Nombre
8.  Su identidad
9.  Su dirección
10.  Condición de extranjero de \_\_\_\_\_  
Nombre Nombre
11.  Verificación del número de Seguro Social de: \_\_\_\_\_  
Nombre Nombre
12.  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador

**Aviso:** Se aceptarán copias de los documentos solicitados.

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

**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 New York State Department of Temporary and Disability Assistance has advised us that the member(s) of your household listed below has/have been employed by the employer(s) indicated. At your recent SNAP eligibility interview, however, you failed to report this employment.

In order to resolve this issue, the following documentation for each individual listed below must be presented to the SNAP Office indicated at the top of this letter:

1. Verification of Social Security number (e.g., Social Security card or other documentation from the Social Security Administration).
2. If still working: the four (4) most recent paystubs, if regularly employed. If employment income is different each period, the eight (8) most recent paystubs.
3. If no longer employed, a letter from the former employer stating that employment has ended and the date of termination and an Unemployment Insurance Benefits letter indicating the amount of benefit and the date entitlement began.

If your name is listed below, you must return with the required documentation. You may also return to provide the documentation for any other household member whose name is listed below, if he/she is unable to do so.

An appointment has been scheduled for you on \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ AM/PM. If this appointment is inconvenient or you have any questions regarding this matter, please call \_\_\_\_\_.

Your application will be automatically rejected if the documentation is not provided by \_\_\_\_\_. It is to your advantage to ensure that the documentation is provided as soon as possible. When you provide us with the documentation, we will process your application immediately; if you are eligible, you can receive benefits quickly.

Please provide the documentation requested in this letter as soon as possible to the SNAP Center listed above. If you were instructed at the time of your interview to provide any other documents, you or the household member who is providing the documents requested in this letter should bring them to the appointment.

<u>Name of Household Member</u>	<u>Employer/Address</u>	<u>Employment Period</u>
1. _____	_____	_____ Quarter 20_____
2. _____	_____	_____ Quarter 20_____
3. _____	_____	_____ Quarter 20_____
4. _____	_____	_____ Quarter 20_____

\_\_\_\_\_  
Supervisor/Worker Name

\_\_\_\_\_  
Date



Fecha: \_\_\_\_\_  
 Número del Caso: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
 Oficina de Cupones para Alimentos: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

El Departamento de Asistencia Temporal e Incapacidad del Estado de Nueva York (New York State Department of Temporary and Disability Assistance) nos ha informado que un miembro(s) de su hogar listado(s) abajo ha(n) estado empleado(s) por el(los) empleador(es) indicado(s). Sin embargo, en su reciente entrevista de elegibilidad para SNAP, usted no reportó este empleo.

Para poder solucionar este asunto, la siguiente documentación para cada persona listada abajo tiene que ser presentada al centro de SNAP indicado en la parte superior de esta carta:

1. Verificación de número de Seguro Social (tarjeta de Seguro Social u otra documentación de la Administración de Seguro Social).
2. Si todavía trabaja: los cuatro (4) talones de paga más recientes, si trabaja regularmente. Si el ingreso por empleo es diferente cada período, los ocho (8) talones de pago más recientes.
3. Si ya no trabaja, una carta de su antiguo empleador declarando que el empleo ha finalizado y la fecha de terminación, y una carta de Beneficio de Seguro por Desempleo indicando la cantidad de beneficios y la fecha en que comenzó la autorización.

Si su nombre aparece listado abajo, usted tiene que regresar con la documentación requerida. Usted también puede regresar para proveer la documentación para cualquier otro miembro del hogar cuyo nombre aparece listado abajo, si este no puede hacerlo.

Le ha sido programada una cita para el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ AM/PM. Si esta cita es inconveniente o usted tiene alguna pregunta respecto a este asunto, por favor comuníquese al \_\_\_\_\_.

Su solicitud será rechazada automáticamente si no se provee la documentación para el \_\_\_\_\_.

A usted le conviene asegurarse de que la documentación sea proporcionada lo antes posible. Cuando usted nos proporcione la documentación, procesaremos entonces su solicitud inmediatamente y si usted es elegible, usted puede recibir beneficios rápidamente.

Favor de proporcionar la documentación requerida en esta carta lo antes posible al centro de SNAP listado arriba. Si a usted se le indicó durante su entrevista que proporcione cualesquier otros documentos, usted o el miembro del hogar quien está proporcionando los documentos solicitados en esta carta, también debe traerlos.

<u>Nombre del Miembro del Hogar</u>	<u>Empleador/Dirección</u>	<u>Período de Empleo</u>
1. _____	_____	_____ Trimestre 20 _____
2. _____	_____	_____ Trimestre 20 _____
3. _____	_____	_____ Trimestre 20 _____
4. _____	_____	_____ Trimestre 20 _____

\_\_\_\_\_  
Nombre del Supervisor/Trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Cash Assistance (CA) and Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)  
Budgeting Changes From 2002 to 2010  
(for use with the automated CA and SNAP calculator)**

**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.

Year	Budgeting Change	Type of Change	Effective Date	Change Also Impacts
2002	CA Earned Income Disregard (EID)	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA EID increased to 50%</li> </ul>	6/1/2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA Gross Income Test (GIT)</li> <li>CA Poverty Guideline Test (PGT)</li> <li>CA Net Income Test (NIT)</li> </ul>
	SNAP benefits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maximum excess shelter deduction increased to \$367</li> <li>Boarder/lodger exclusion increased to \$139 for one and \$256 for two persons</li> <li>Personal care shelter amount reduced by \$4</li> </ul>	10/1/2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Net income eligibility levels</li> <li>Zero Benefit Levels</li> <li>Thrifty Food Plan (TFP) SNAP benefit amounts</li> <li>Excess shelter maximum and standard deduction amounts</li> </ul>
2003	CA EID	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA EID increased to 51%</li> <li>CA Poverty Guidelines</li> </ul>	6/1/2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA GIT</li> <li>CA PGT</li> <li>CA NIT</li> </ul>
	SNAP benefits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maximum excess shelter deduction increased to \$378</li> <li>Boarder/lodger exclusion increased to \$141 for one and \$259 for two persons</li> <li>Personal care shelter amount reduced by \$2</li> <li>SNAP table amounts for the 130% GIT</li> </ul>	10/1/2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>Net income eligibility levels</li> <li>Zero Benefit Levels</li> <li>Thrifty Food Plan (TFP) SNAP benefit amounts</li> <li>Excess shelter maximum and standard deduction amounts</li> </ul>
	Shelter allowances	<ul style="list-style-type: none"> <li>Increase in CA standard shelter allowances for households with children and pregnant females</li> </ul>	11/1/2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA NIT</li> </ul>
2004	CA EID	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA EID reduced to 43%</li> <li>CA Poverty Guidelines</li> </ul>	6/1/2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA GIT</li> <li>CA PGT</li> <li>CA NIT</li> </ul>
	SNAP benefits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maximum excess shelter deduction increased to \$388</li> <li>Boarder/lodger exclusion increased to \$149 for one and \$274 for two persons</li> <li>Personal care shelter amount reduced by \$2</li> <li>SNAP table amounts for the 130% GIT</li> </ul>	10/1/2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>Net income eligibility levels</li> <li>Zero benefit levels</li> <li>TFP SNAP benefit amounts</li> <li>Excess shelter maximum and standard deduction amounts</li> </ul>

**Cash Assistance (CA) and Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)  
Budgeting Changes From 2002 to 2010**  
(for use with the automated CA and SNAP calculator)

Year	Budgeting Change	Type of Change	Effective Date	Change Also Impacts
2005	CA EID	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gross earned/unearned income of CA applicants/participants cannot exceed the 2005 Federal Poverty Guidelines</li> <li>CA EID increased to 45%</li> <li>CA Poverty Guidelines</li> </ul>	6/1/2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA GIT</li> <li>CA PGT</li> <li>CA NIT</li> </ul>
	SNAP benefits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maximum excess shelter deduction increased to \$400</li> <li>Boarder/lodger exclusion increased to \$152 for one and \$278 for two persons</li> <li>SNAP table amounts for the 130% GIT</li> </ul>	10/1/05	<ul style="list-style-type: none"> <li>SNAP standard deduction</li> <li>Excess shelter maximum and standard deduction amounts</li> <li>TFP SNAP benefit amounts</li> <li>Zero benefit levels</li> <li>Net income eligibility levels</li> </ul>
2006	SNAP Standard Utility Allowances (SUA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>SUA Level 1 increased to \$577</li> <li>SUA Level 2 increased to \$256</li> </ul>	2/1/2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>TFP SNAP benefit amounts</li> </ul>
	CA EID	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA EID increase to 47%</li> <li>CA Poverty Guidelines</li> </ul>	6/1/2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA GIT</li> <li>CA PGT</li> <li>CA NIT</li> </ul>
	SNAP benefits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maximum excess shelter deduction increased to \$417</li> <li>Boarder/lodger exclusion increased to \$155 for one and \$284 for two persons</li> <li>SNAP table amounts for the 130% and 165% GIT</li> </ul>	10/1/2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>SNAP standard deduction</li> <li>Excess shelter maximum and standard deduction amounts</li> <li>Net income eligibility levels</li> <li>TFP SNAP benefit amounts</li> </ul>
2007	CA EID	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA EID increased to 48%</li> <li>CA Poverty Guidelines</li> </ul>	6/1/2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA GIT</li> <li>CA PGT</li> <li>CA NIT</li> </ul>
	SNAP benefits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maximum excess shelter deduction increased to \$431</li> <li>Boarder/lodger exclusion increased to \$162 for one and \$298 for two persons</li> <li>SNAP table amounts for the 130% and 165% GIT</li> </ul>	10/1/2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>SNAP standard deduction</li> <li>Excess shelter maximum and standard deduction amounts</li> <li>Net income eligibility levels</li> <li>TFP SNAP benefit amounts</li> </ul>

**Cash Assistance (CA) and Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)  
Budgeting Changes From 2002 to 2010**  
(for use with the automated CA and SNAP calculator)

Year	Budgeting Change	Type of Change	Effective Date	Change Also Impacts
2008	CA EID	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA EID increased to 50%</li> <li>CA Poverty Guidelines</li> </ul>	6/1/2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA GIT</li> <li>CA PGT</li> <li>CA NIT</li> </ul>
	SNAP benefits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maximum excess shelter deduction increased to \$446</li> <li>Boarder/lodger exclusion increased to \$176 for one and \$323 for two persons</li> <li>SNAP table amounts for the 130%, 165%, and 200% GIT</li> </ul>	10/1/2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>SNAP standard deduction</li> <li>Excess shelter maximum and standard deduction amounts</li> <li>Net income eligibility levels</li> <li>TFP SNAP benefit amounts</li> </ul>
2009	SUA	<ul style="list-style-type: none"> <li>SUA Level 1 increased to \$781</li> <li>SUA Level 2 increased to \$308</li> </ul>	2/1/2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>TFP SNAP benefit amounts</li> </ul>
	SNAP benefits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Boarder/lodger exclusion increased to \$200 for one and \$367 for two persons</li> </ul>	4/1/2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>TFP SNAP benefit amounts</li> </ul>
	CA EID	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA EID increased to 52%</li> <li>CA Poverty Guidelines</li> </ul>	6/1/2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA GIT</li> <li>CA PGT</li> <li>CA NIT</li> </ul>
	CA	<ul style="list-style-type: none"> <li>10% increase to the Basic Allowance</li> </ul>	7/1/2009	
	SNAP benefits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maximum excess shelter deduction increased to \$459</li> <li>SNAP table amounts for the 130%, 165%, and 200% GIT</li> </ul>	10/1/2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>SNAP standard deduction</li> <li>Excess shelter maximum and standard deduction amounts</li> <li>Net income eligibility levels</li> </ul>
2010	CA	<ul style="list-style-type: none"> <li>10% increase to the Basic Allowance</li> </ul>	7/1/2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA GIT</li> <li>CA PGT</li> <li>CA NIT</li> </ul>

## Important Notice to Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Applicants/Participants

**IMPORTANT** – Please Read and Complete This 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.

The shelter allowance expenses we include when budgeting your case can greatly affect the amount of SNAP benefits you receive. **To make sure you receive the full amount of benefits, please answer the questions below and return this form with your application.**

1. Your name: \_\_\_\_\_

2. Are you homebound?  Yes  No

3. What is your address? \_\_\_\_\_

4. What is your telephone number? \_\_\_\_\_

5. What is your primary language?  English  Spanish  Chinese  Haitian Creole  Russian

Arabic  Korean  Other

6. Is there anyone we can contact to help you and us complete the application?  Yes  No

If Yes, what is his/her name and telephone number? \_\_\_\_\_

7. The type of housing you live in (check  one):

New York City Housing Authority

Single Room Occupancy (SRO) building (rooming house)

Shelter for the homeless

Apartment building, multifamily house, co-op or condominium

Single-family house

Other (specify): \_\_\_\_\_

8. What is your monthly shelter cost? (i.e., rent or mortgage payments) \$ \_\_\_\_\_

9. Do you live in either public or subsidized housing where heat is included in your rent?  Yes  No

If you do live in either public or subsidized housing where heat is included in your rent, do you pay your landlord a monthly excess charge just for air conditioning?

Yes  No

(If you answered "Yes" to this question **and** you began paying this excess within the last two years, please attach proof of this expense, such as a landlord's statement, receipt, or canceled check or money order.)

10. Are you a secondary tenant? A secondary tenant is a person who is sharing living quarters with a primary tenant to whom he/she pays rent.  Yes  No

If Yes, do you pay a share of the gas or electric bill, either as a separate payment or as part of the rent?

Yes  No

Does the person to whom you pay rent provide you with two or more meals per day?

Yes  No

11. If you pay rent, provide the name, address and telephone number of your landlord:

12. Do you receive electric or gas bills from a utility company?

\_\_\_\_\_  
Applicant/Participant Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Please enclose a copy of your rent receipt, mortgage statement or letter from the person to whom you pay rent, and your gas, electric and telephone bills.**

Mail Job #032

## Aviso Importante a Solicitantes/Participantes del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

### IMPORTANTE – Por Favor Lea y Llene Este Formulario

**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 cantidad que incluimos en su presupuesto para alquiler afecta en gran medida el beneficio del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) que usted recibe. **Para asegurarse de recibir la cantidad completa del beneficio, conteste las preguntas más abajo y devuélvanos este formulario adjunto a su solicitud.**

1. Su nombre y apellido: \_\_\_\_\_
2. ¿Está usted confinado a su hogar?  Sí  No
3. ¿Cuál es su dirección? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuál es su número de teléfono? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuál es su idioma principal?  inglés  español  chino  creol haitiano  ruso  
 arábigo  coreano  otro idioma
6. ¿Hay alguna persona que podamos contactar para ayudarle a usted y a nosotros a llenar la solicitud?  Sí  No  
Si contesta "Sí", ¿cuál es el nombre y teléfono de esa persona? \_\_\_\_\_
7. Tipo de vivienda en donde reside usted: (marque  una casilla):
  - Autoridad de Viviendas de Nueva York (New York Housing Authority)
  - Edificio de habitaciones individuales (Single Room Occupancy – SRO) (pensión para huéspedes)
  - Refugio para personas desamparadas
  - Edificio de apartamentos, casa multifamiliar, cooperativa de vecinos o condominio
  - Casa de una sola familia
  - Otro (especifique): \_\_\_\_\_
8. ¿Cuál es la cantidad de su costo de albergue mensual? (esto es, pagos de alquiler o hipoteca)?  
\$ \_\_\_\_\_
9. ¿Vive usted en una vivienda pública o subsidiada en que la calefacción está incluida en el alquiler?  Sí  No  
Si contesta "Sí", ¿paga usted a su casero una sobrecarga mensual para cubrir sólo el aire acondicionado?  Sí  No  
(Si contesta "Sí" a esta pregunta y comenzó a pagar este sobrecargo dentro de los últimos dos años, por favor adjunte prueba de este gasto, como una declaración por parte del casero, recibo o cheque cancelado o giro postal.)
10. ¿Es usted un inquilino secundario? Un inquilino secundario es una persona que comparte la vivienda con un inquilino principal a quien él/ella le paga alquiler.  Sí  No  
Si contesta "Sí", ¿paga usted una parte de la factura del gas o electricidad, ya sea como parte del alquiler o pago separado?  Sí  No  
¿Le brinda dos o más comidas al día la persona a quien usted le paga el alquiler?  Sí  No
11. Si usted paga alquiler, proporcione el nombre, dirección y número de teléfono de su casero:
12. ¿Recibe usted facturas de una compañía de gas o electricidad?  Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante/Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Por favor incluya una copia de su recibo de alquiler, factura de hipoteca o una carta escrita por la persona a quien usted le paga alquiler, y facturas de gas, electricidad y teléfono.**

Mail Job #032

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Date SNAP Filed: \_\_\_\_\_  
Due Date: \_\_\_\_\_

### Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Eligibility Interview Appointment Notice

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

This letter is to inform you that you must have an eligibility interview to determine your eligibility for ongoing SNAP Benefits. **To receive SNAP Benefits on an ongoing basis**, you must verify the identify, birth date and Social Security number of each person included on your SNAP Application. You will also need to verify income, residence, shelter costs, utility costs, household size, bank accounts and the status of all aliens included on your application.

**Note:** We will not deny your application for failure to produce any document that you are unable to provide. You may show us alternative documents or provide nondocumentary proof to establish your eligibility for assistance. Our staff will help you as much as they can by writing for documents and making phone calls or by verifying information provided by means other than the documentation submitted.

Please report for your eligibility interview as indicated below.

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Location Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

If you cannot keep this interview or if you miss the interview, call \_\_\_\_\_ as soon as possible to reschedule the appointment.  
(Telephone Number)

We have included with this notice the Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**), which lists some of the more common documents that can be used to verify each of the applicable eligibility factors.

**If you have any questions** regarding documentation or verification, you may call \_\_\_\_\_ for assistance.  
(Telephone Number)

**Enclosure:** Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**)

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Fecha de Solicitud  
para FS: \_\_\_\_\_  
Fecha de Entrega: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cita de Elegibilidad 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.

Por el presente le informamos de que usted debe entrevistarse para que se determine su elegibilidad respecto a Beneficios continuos de SNAP.

**Para recibir Beneficios de SNAP de modo continuo**, usted tiene que presentar comprobantes de identidad, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, tanto suyos como de toda persona incluida en su Solicitud de SNAP. También tiene que proporcionar comprobantes de su ingreso, residencia, costos para refugio, costos de servicios de electricidad y gas, número de miembros del hogar, cuentas bancarias, y estado legal de todos los extranjeros incluidos en su solicitud.

**Nota:** No le negaremos su solicitud por usted no poder proporcionar determinado documento. En tal caso, nos puede mostrar otros documentos o proporcionar otras pruebas (aparte de documentos) para establecer su elegibilidad respecto a asistencia. Nuestro personal hará todo lo posible para ayudarle a solicitar documentos por escrito, a realizar llamadas telefónicas, o a comprobar la información proporcionada por otros medios que no sean los documentos presentados.

Favor de presentarse a su entrevista de elegibilidad tal como se indica a continuación:

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

Si no puede asistir a esta entrevista o si falta a ella, llame al \_\_\_\_\_ lo antes posible para reprogramar una cita.  
(Número de Teléfono)

Hemos adjuntado a este aviso la Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida (**W-119D [S]**), en la cual aparece una lista de algunos de los documentos más comúnmente utilizados para verificar cada uno de los factores de elegibilidad.

**Si tiene alguna pregunta** o necesita ayuda respecto a la documentación o comprobantes antemencionados, puede llamar al \_\_\_\_\_  
(Número de Teléfono)

**Adjunto:** Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida (**W-119D [S]**)