



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 #12-84-OPE

REVISIONS TO FORMS W-203R, W-273NN, W-274H, W-274U, M-5D, W-608V, AND W-608VV

<p>Date: August 23, 2012</p>	<p>Subtopic(s): Forms</p>
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all Non Cash Assistance Food Stamp (NCA FS) Center staff that the New York State legislature and the Office of the Governor have changed the name of the Food Stamp Program to the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). Therefore, any reference to Food Stamp benefits shall mean SNAP benefits, and any reference to NCA FS Centers shall mean NCA SNAP Centers.</p> <p>Consequently the following note has been added to all of the forms listed below:</p> <p>“As of August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Benefits and Services for Employed Individuals (W-203R) • Child Care Return Appointment (W-273NN) • Children's Corner Registration Form (W-274H) • Attestation of Employment as a Childcare Provider (W-274U) • Notice to Persons Who Have Filed an Application for Supplemental Nutrition Assistance Program (Snap) (M-5D) • Common Benefit Identification Card (CBIC) Signature Authorization Form (W-608V) • Common Benefits Identification Card Electronic Benefits Transfer Mailer (W-608VV) <p>Additional revision to the M-5D:</p> <p>The logo was updated.</p>

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:

W-203R	Benefits and Services for Employed Individuals (Rev. 8/23/12)
W-203R (S)	Benefits and Services for Employed Individuals (Rev. 8/23/12)
W-273NN	Child Care Return Appointment (Rev. 8/23/12)
W-273NN (S)	Child Care Return Appointment (Rev. 8/23/12)
W-274H	Children's Corner Registration Form (Rev. 8/23/12)
W-274H (S)	Children's Corner Registration Form (Rev. 8/23/12)
W-274U	Attestation of Employment as a Childcare Provider (Rev. 8/23/12)
W-274U (S)	Attestation of Employment as a Childcare Provider (Rev. 8/23/12)
M-5D	Notice to Persons Who Have Filed an Application for Supplemental Nutrition Assistance Program (Snap) (Rev. 8/23/12)
W-608V	Common Benefit Identification Card (CBIC) Signature Authorization Form (Rev. 8/23/12)
W-608V (S)	Common Benefit Identification Card (CBIC) Signature Authorization Form (Rev. 8/23/12)
W-608VV	Common Benefits Identification Card Electronic Benefits Transfer Mailer (Rev. 8/23/12)
W-608VV (S)	Common Benefits Identification Card Electronic Benefits Transfer Mailer (Rev. 8/23/12)

BENEFITS AND SERVICES FOR EMPLOYED INDIVIDUALS

Quick Reference Guide*

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

AVAILABLE BENEFITS AND SERVICES FOR THE GENERAL PUBLIC

Category	Benefit or service	Who is eligible?	What is the cost?	What documents are necessary to apply?	Contact
HEALTH	Family Health Plus	Single adults, childless couples and parents with limited income who are between the ages of 19 and 64 who do not qualify financially for Medicaid and who do not have third-party health insurance. Must be New York State resident and U.S. citizen or qualified alien.	None to enroll (co-payments may apply later).	Proof of identity, income, family composition, and citizenship or current Alien Status.	HRA toll-free Infoline (718) 557-1399
	Family Health Plus/ Premium Assistance Program Covers the cost of any Employer Sponsored Health Insurance (ESHI) policy premium, deductible, co-insurance or co-payment. It also provides Medicaid wrap-around coverage for Family Health Plus (FHP)-covered services not available through the consumer's ESHI policy.	Non-Medicaid eligible consumers who, as a result of having ESHI, are also not eligible for FHP. Eligible consumers must meet the financial eligibility requirements for FHP and have ESHI coverage that provides certain benchmark services. The ESHI policy must also be determined to be cost effective by the Medical Assistance Program.	None to enroll (co-payments may apply later).	Proof of identity, ESHI, income, family composition, citizenship or current Alien Status.	HRA toll-free Infoline (718) 557-1399
	Children's Medicaid/ Child Health Plus For children under 19 years of age.	Children must be under the age of 19 and be residents of New York City. Whether a child qualifies for Children's Medicaid or Child Health Plus depends on gross family income.	Free to full premium, depending on family's income.	Proof of residence, age of child, and family's income.	Child Health Plus Hotline (800) 698-4543
	Medicaid Low-income health coverage.	Adults ages 19 and over who meet eligibility requirements. Must be New York City resident and U.S. citizen or qualified alien.	Free or small premium, depending on income.	Proof of identity, income, family composition, citizenship or satisfactory immigration status. For Medicaid with long-term care coverage, proof of resources must also be submitted. (Undocumented aliens are only eligible for treatment of emergency medical conditions.)	HRA Medicaid Helpline (888) 692-6116
	Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities (MBI-WPD)	Disabled or blind individuals from the ages of 16 up to 65 who are working full- or part-time and are earning more than the allowable limits for Medicaid.	Free to full premium (a flat fee of \$25 per person monthly) depending upon family's income.	Proof of disability, identity, income, family composition, citizenship or satisfactory immigration status. For Medicaid with long-term care coverage, proof of resources must also be submitted.	HRA Medicaid Helpline (888) 692-6116

* Please note that the benefits and services listed in this desk guide are not all-inclusive. For information on additional benefits and services check the websites listed on the last page of this form.

BENEFITS AND SERVICES FOR EMPLOYED INDIVIDUALS Quick Reference Guide

AVAILABLE BENEFITS AND SERVICES FOR THE GENERAL PUBLIC (Continued)

Category	Benefit or service	Who is eligible?	What is the cost?	What documents are necessary to apply?	Contact
HEALTH (Continued)	Family Planning Benefit Program (FPBP) Covers family planning services only. Excludes termination of pregnancy.	Males and females through age 64 who do not qualify for Medicaid or FHP or wish to apply only for FPBP.	None	Proof of identity, income, family composition, and citizenship or current Alien Status.	HRA toll-free Infoline (718) 557-1399
	Prenatal Care Assistance Program (PCAP) Medicaid for Pregnant Women, Infants, Children Health coverage for pregnant women regardless of their immigration status through at least two months after delivery and health coverage for their infants through the age of one.	Pregnant women, infants, and children under the age of one.	Free to full premium, depending upon family's income.	Proof of identity, pregnancy, income, and family composition.	Pregnant women may call Women's Healthline at (212) 720-7131 and (212) 720-7136 or visit a participating PCAP-Medicaid office. (800) 698-0411
	Women, Infant and Children Program (WIC)	Low-income, nutritionally-at-risk, breast-feeding women; postpartum women (at end of pregnancy or up to six months after birth of infant(s)); infants up to first birthday, and children up to fifth birthday.	None	Proof of identity, children's birth certificate(s), proof of income and family composition.	(212) 227-8408
HOUSING	NYCHA Housing Low-rent apartments in public housing.	Low-income families who meet requirements based on family size (applicants will be placed on a waiting list).	Rent is 30% of family's adjusted income.	Proof of current rent paid (receipt, cancelled check, landlord letter), SSN, proof of citizenship (birth certificate, passport), current Alien Status, proof of income (previous tax returns, pay stubs), and/or other documents.	Bronx (718) 329-7859 Brooklyn (718) 649-6400 Manhattan (212) 427-8542 Queens (718) 657-8300 Staten Island (718) 447-1179
	Section 8 Vouchers and Certificates Money to help pay the cost of rent. No new vouchers are currently being issued, with few exceptions (e.g., victims of domestic violence).	Low-income individuals and families who meet the requirements (applicants will be placed on a waiting list).	The family will pay 30% of its income, after deductions.	Proof of current rent paid (receipt, cancelled check, landlord letter), SSN, proof of citizenship (birth certificate, passport), current Alien Status, proof of income (previous tax returns, pay stubs), and/or other documents.	Bronx (718) 329-7859 Brooklyn (718) 649-6400 Manhattan (212) 427-8542 Queens (718) 657-8300 Staten Island (718) 447-1179
	Home Energy Assistance Program (HEAP) Assistance with paying for heating and utility bills.	U.S citizens or qualified aliens whose income is at or below the current income guidelines and who are in an eligible living arrangement (individuals residing in subsidized public housing are not currently eligible).	None	Proof of citizenship, income, address, rent, household size, recent fuel or utility bill.	HRA HEAP (800) 692-0557 HRA toll-free Infoline (718) 557-1399

BENEFITS AND SERVICES FOR EMPLOYED INDIVIDUALS Quick Reference Guide

AVAILABLE BENEFITS AND SERVICES FOR THE GENERAL PUBLIC (Continued)

Category	Benefit or service	Who is eligible?	What is the cost?	What documents are necessary to apply?	Contact
HOUSING (Continued)	LifeLine Telephone Service Discount telephone service.	Must meet income requirements or currently be receiving Family Assistance, Safety Net Assistance, SNAP, SSI, Veteran's Disability, or HEAP.	Lower basic local service charges and no subscriber line charge (total savings and benefits vary depending on telephone service provider).	Proof of income or government benefits.	Contact your local telephone service provider.
OTHER	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)	Low-income individuals or households who meet eligibility requirements.	None	Proof of identity, income, family composition, address, and citizenship or current Alien Status.	HRA toll-free Infoline (718) 557-1399
	Child Support Collection of child support payments from the noncustodial parent.	Custodial parents, guardians or caretakers of a child who needs financial support.	None for Temporary Assistance to Needy Families (TANF) participants; For non-TANF individuals, \$25 annually if state collects at least \$500 in annual child support.	Information about noncustodial parent, child's birth certificate, marriage, divorce or separation papers.	Bronx (718) 664-1845 Brooklyn (718) 330-2119 Manhattan/ Staten Island (212) 334-7621 Queens (718) 784-6979
	Voluntary Income Tax Assistance (VITA) Help with filing current-year tax returns at numerous sites throughout all five New York City boroughs.	Individuals or households who meet income requirements.	None	Proof of identity and documentation of income.	New York City Department of Consumer Affairs (212) 487-3956 or 311

BENEFITS AND SERVICES FOR EMPLOYED INDIVIDUALS Quick Reference Guide

AVAILABLE BENEFITS AND SERVICES FOR CLOSED CASH ASSISTANCE CASES

Category	Benefit or service	Who is eligible?	What is the cost?	What documents are necessary to apply?	Contact
TRANSITIONAL BENEFITS	Transitional Medicaid Continuation of Medicaid for former Cash Assistance participants.	Former Cash Assistance participants whose cases are closed and who meet eligibility requirements.	None	No application required. Enrollment is automatic after Cash Assistance case is closed. Mailed questionnaire during fourth month determines extension.	Work-Related Benefits Program (212) 835-7681
	Transitional Child Care Subsidized child care for up to one year after Cash Assistance case closes.	Former Cash Assistance participants who meet eligibility requirements.	Monthly fee based on family income and size.	No application required. Enrollment is automatic after Cash Assistance case is closed (additional information may be required based on your household's circumstances).	Submit required form(s) and proof(s) to Work-Related Benefits Program (212) 835-7681
	Transitional Benefit Alternative (TBA) SNAP Used to buy food and help low-income households obtain more balanced diets by increasing the food purchasing power of eligible participants.	Eligible SNAP households with children whose Safety Net Cash Assistance (SNCA), Family Assistance (FA), and Safety Net Federally Non-Participating Assistance (SNFC) cases are closing may be eligible for increased TBA SNAP benefits for a period of five months. Households not eligible for TBA SNAP may still be eligible for SNAP.	None	No application required. Enrollment is automatic after Cash Assistance case is closed. SNAP recertification is required after 5-month transitional period.	HRA toll-free Infoline (718) 557-1399

BENEFITS AND SERVICES FOR EMPLOYED INDIVIDUALS Quick Reference Guide

USEFUL WEB SITES

- AccessNYC – The city's screening tool for over 30 federal, state and city programs.
https://a858-ihss.nyc.gov/ihss1/en_US/IHSS_languageSelectionPage.do
- Department of Consumer Affairs – Publications to learn about the problems with payday loans, smart shopping tips, internet scams, etc.
<http://home2.nyc.gov/html/dca/html/publications/publications.shtml>
- Department of Consumer Affairs Office of Financial Management – Money saving tips to keep more of your paycheck.
http://home2.nyc.gov/html/dca/html/ofe/money_saving_tips.shtml
- Department of Consumer Affairs Office of Financial Empowerment – Information on free help with filing current-year tax returns.
<http://nyc.gov/html/ofe/html/poverty/taxassistance.shtml>
- Earn More – Information about better job opportunities and career advice.
<http://newyork.earnbenefits.org>
- Housing Preservation and Development (HPD) – List of affordable rental opportunities.
http://www.nyc.gov/html/housinginfo/html/apartments/apt_rental.shtml
- Housing Preservation and Development (HPD) – List of home buying opportunities
http://www.nyc.gov/html/housinginfo/html/homeownership/home_buying_opportunities.shtml
- New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) My Benefits Home Page – Information on public assistance programs, health insurance and tax credits for New York State residents.
<https://www.mybenefits.ny.gov>
- Office of Child Support Enforcement – Information for custodial parents on how to obtain financial support from non-custodial parents.
http://nyc.gov/html/hra/html/programs/child_support.shtml

BENEFICIOS Y SERVICIOS PARA PERSONAS EMPLEADAS

Guía de Consulta Rápida*

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.

SERVICIOS Y BENEFICIOS DISPONIBLES PARA EL PÚBLICO GENERAL

Categoría	Beneficio o servicio	¿Quién es elegible?	¿Qué costo?	¿Qué documentos se necesitan para la solicitud?	Contacto
SALUD	Family Health Plus	Adultos solteros, parejas sin hijos y padres con ingresos limitados y entre las edades de 19 y 64 años que no sean económicamente elegibles para Medicaid y que no tengan seguro de salud de tercera parte. Tienen que ser residentes de la Ciudad de Nueva York y ciudadanos de EE.UU. o extranjeros elegibles.	Ninguno para inscribirse (copagos podrían corresponder posteriormente)	Prueba de identidad, ingreso, composición de la familia, ciudadanía o Estado de Extranjería actual.	Línea Informativa (Infoline) gratuita de HRA (718) 557-1399
	Family Health Plus/ Programa de Asistencia para Primas Cubre el costo de cualquier prima de Seguro de Salud Financiado por el Empleador (ESHI), prima de la póliza, coseguro o copago. Además brinda cobertura correspondiente a la de Medicaid para los servicios cubiertos por Family Health Plus (FHP) que no estén disponibles mediante la póliza de ESHI del consumidor.	Los consumidores no elegibles para Medicaid quienes por tener ESHI tampoco son elegibles para FHP. Los consumidores elegibles deben reunir los requisitos de elegibilidad económica de FHP y tener cobertura ESHI que provea ciertos servicios criterio. Además el Programa de Asistencia Médica debe determinar que la política de ESHI es económica.	Ninguno para inscribirse (copagos podrían corresponder posteriormente)	Prueba de identidad, ESHI, ingreso, composición de la familia, ciudadanía o Estado de Extranjería actual.	Línea Informativa (Infoline) gratuita de HRA (718) 557-1399
	Medicaid para Niños/ Child Health Plus Para niños menores de 19 años de edad.	Los niños tienen que ser menores de 19 años de edad y residentes de la Ciudad de Nueva York. La elegibilidad del niño para Medicaid o Child Health Plus depende del ingreso bruto de la familia.	Prima de gratuita a completa según el ingreso de la familia.	Prueba de domicilio, edad del niño, e ingreso de la familia.	Línea Directa de Salud Infantil Plus (800) 698-4543
	Medicaid Cobertura médica para personas de bajos ingresos.	Adultos de 19 años de edad o más quienes reúnan los requisitos de elegibilidad. Tienen que ser residentes de la Ciudad de Nueva York y ciudadanos de EE.UU. o extranjeros elegibles.	Prima de gratuita a pequeña según el ingreso.	Prueba de identidad, ingreso, composición de la familia, ciudadanía o estado migratorio satisfactorio. Para Medicaid con cobertura de cuidado a largo plazo, también se tiene que presentar prueba de recursos económicos. (Los extranjeros indocumentados son elegibles sólo para tratamiento de emergencias médicas.)	Línea de Asistencia (Helpline) Medicaid de HRA (888) 692 -6116
	Medicaid por Compra para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD)	Personas incapacitadas o ciegas entre las edades de 16 hasta 65 años que trabajen a tiempo completo o parcial y que ganen más de los límites permitidos por el Medicaid.	Prima de gratuita a completa (una cuota fija de \$25 mensuales por persona) según el ingreso de la familia.	Prueba de incapacidad, identidad, ingreso, composición de la familia, ciudadanía o estado migratorio satisfactorio. Para Medicaid con cobertura a largo plazo, se tiene además que presentar prueba de recursos económicos.	Línea de Asistencia (Helpline) Medicaid de HRA (888) 692 -6116

* Favor de notar que los beneficios y servicios indicados en esta guía de consulta no lo abarcan todo. Para obtener información sobre los beneficios y servicios adicionales visite, las páginas del Internet indicadas en la última página de este formulario.

BENEFICIOS Y SERVICIOS PARA PERSONAS EMPLEADAS

Guía de Consulta Rápida

SERVICIOS Y BENEFICIOS DISPONIBLES PARA EL PÚBLICO GENERAL (Continuación)

Categoría	Beneficio o servicio	¿Quién es elegible?	¿Qué costo?	¿Qué documentos se necesitan para la solicitud?	Contacto
SALUD (Continuación)	Programa de Beneficios de Planificación Familiar (FPBP) Cobertura sólo para servicios de planificación familiar. No incluye la terminación de embarazo.	Varones y hembras hasta la edad de 64 quienes no solo cualifican para Medicaid o FHP que desean solicitar sólo FPBP	Ninguno	Prueba de identidad, ingreso, composición de la familia, y ciudadanía o Estado de Extranjería actual.	Línea Informativa (Infoline) gratuita de HRA (718) 557-1399
	Programa de Asistencia Prenatal (PCAP) Medicaid para Mujeres Embarazadas, Bebés y Niños Cobertura médica para mujeres embarazadas sin importar el estado migratorio hasta por lo menos dos meses después del parto y cobertura de salud para sus bebés hasta la edad de un año.	Mujeres embarazadas, bebés y niños menores de 1 año de edad.	Varía desde gratuito hasta prima completa según el ingreso de su familia.	Prueba de identidad, embarazo, ingreso y composición de la familia.	Las mujeres embarazadas pueden llamar al Women's Healthline al (212) 720-7131 y (212) 720-7136 o visitar una oficina de PCAP-Medicaid que participe en el programa. (800) 698-0411
	Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	Mujeres con bajos ingresos, riesgos nutricionales, que están dando pecho, mujeres en posparto (al final del embarazo o hasta seis meses después de dar a luz al bebé(s)); bebés hasta su 1er cumpleaños, y niños hasta cumplir los cinco años.	Ninguno	Prueba de identidad, certificado de nacimiento de los niños, prueba de ingreso y composición de la familia.	(212) 227-8408
VIVIENDA	Vivienda de la NYCHA Apartamentos de bajo alquiler en vivienda pública.	Familias de bajos ingresos que cumplen los requisitos según el número de miembros en la familia (solicitantes serán añadidos a la lista de espera).	El alquiler es el 30% del ingreso familiar modificado.	Pruebas de costo actual de alquiler pagado (recibo, cheque cancelado, carta de prueba del casero), número de Seguro Social; prueba de ciudadanía (certificado de nacimiento, pasaporte), estado de extranjería actual, de Ciudadanía, prueba de ingreso (última declaración de impuestos, recibos de pago) y/o otros documentos.	Bronx (718) 329-7859 Brooklyn (718) 649-6400 Manhattan (212) 427-8542 Queens (718) 651-8500 Staten Island (718) 447-1179
	Comprobantes y Certificados del Programa de Vivienda Sección 8 Dinero para ayudarle a pagar el alquiler. Actualmente no se están otorgando comprobantes nuevos, con algunas excepciones (ej. víctimas de violencia doméstica).	Personas y familias de bajos ingresos que cumplen los requisitos (solicitantes serán añadidos a la lista de espera).	La familia paga 30% del ingreso después de las deducciones.	Pruebas de costo actual de alquiler pagado (recibo, cheque cancelado, carta del casero), número de Seguro Social; prueba de ciudadanía (certificado de nacimiento, pasaporte), estado de extranjería actual, prueba de ingreso (última declaración de impuestos, recibos de pago) y/o otros documentos.	Bronx (718) 329-7859 Brooklyn (718) 649-6400 Manhattan (212) 427-8542 Queens (718) 651-8500 Staten Island (718) 447-1179
	Programa de Asistencia de Energía del Hogar (HEAP) Asistencia para pagar facturas de calefacción y electricidad o gas.	Ciudadanos de EE.UU. o extranjeros elegibles cuyos ingresos correspondan o sean inferiores a las pautas actuales de ingreso y que estén en un arreglo de vivienda que sea elegible (personas viviendo en vivienda pública subsidiada no son elegibles).	Ninguno	Prueba de ciudadanía, ingreso, dirección, alquiler, número de miembros en el hogar, facturas recientes de calefacción y electricidad o gas.	HRA HEAP (800) 692-0557 Línea Informativa (Infoline) gratuita de HRA (718) 557-1399

BENEFICIOS Y SERVICIOS PARA PERSONAS EMPLEADAS Guía de Consulta Rápida

SERVICIOS Y BENEFICIOS DISPONIBLES PARA EL PÚBLICO GENERAL (Continuación)

Categoría	Beneficio o servicio	¿Quién es elegible?	¿Qué costo?	¿Qué documentos se necesitan para la solicitud?	Contacto
VIVIENDA (Continuación)	Servicio de Teléfono de LifeLine Servicio de teléfono a precio reducido.	Tiene que cumplir requisitos de ingresos o estar actualmente recibiendo Asistencia Familiar, Asistencia de Red de Seguridad, SNAP, SSI, Incapacidad para Veteranos o HEAP.	Cargos más bajos de servicio local básico y ningún cargo de la línea del subscriber (los ahorros y beneficios totales varían según el proveedor de servicio telefónico).	Prueba de ingreso o beneficios del gobierno.	Comuníquese con su proveedor local de servicio de teléfono.

SAMPLE

Categoría	Beneficio o servicio	¿Quién es elegible?	¿Qué costo?	¿Qué documentos se necesitan para presentar solicitud?	Contacto
OTRO	Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)	Las personas de bajos ingresos o los hogares que reúnen los requisitos de elegibilidad.	Ninguno	Prueba de identidad, ingreso, composición del hogar, dirección, y ciudadanía o Estado de Extranjería actual.	Línea Informativa (Infoline) gratuita de HRA (718) 557-1399
	Manutención de Niños Cobro de pagos de manutención de niños por parte del padre/madre sin custodia.	Padre/madre con custodia, tutores o quienes cuidan a niños que necesitan asistencia económica.	Ninguno para los participantes en Asistencia Temporal para las Familias Necesitadas (TANF); Para los que no participen en TANF, \$25 anual si el estado cobra al menos \$500 en manutención de niños anual.	Información sobre el padre/madre sin custodia, el certificado de nacimiento del niño, el certificado de matrimonio, documentos de divorcio o separación.	Bronx (718) 664-1845 Brooklyn (718) 330-2119 Manhattan/ Staten Island (212) 334-7621 Queens (718) 784-6979
	Asistencia Voluntaria para la Declaración de Impuestos (VITA) Asistencia en llenar la declaración de impuestos del presente año en varios lugares en todos los cinco condados de la Ciudad de Nueva York	Personas u hogares que reúnen los requisitos de ingreso.	Ninguno	Prueba de identidad y documentación de ingreso	Departamento de Asuntos del Consumidor de la Ciudad de Nueva York (212) 487-3956 o 311

BENEFICIOS Y SERVICIOS PARA PERSONAS EMPLEADAS Guía de Consulta Rápida

SERVICIOS Y BENEFICIOS DISPONIBLES PARA EL PÚBLICO GENERAL (Continuación)

Categoría	Beneficio o servicio	¿Quién es elegible?	¿Qué costo?	¿Qué documentos se necesitan para presentar solicitud?	Contacto
BENEFICIOS DE TRANSICIÓN	<p>Medicaid de Transición</p> <p>Continuación de Medicaid para ex participantes de Asistencia en Efectivo.</p>	<p>Los ex participantes de Asistencia en Efectivo cuyos casos están cerrados y que reúnen los requisitos de elegibilidad.</p>	<p>Ninguno</p>	<p>No se necesita solicitud. La inscripción es automática después de que el caso de Asistencia en Efectivo se cierre. La extensión se determina según el cuestionario enviado por correo durante el cuarto mes.</p>	<p>Programa de Beneficios Relacionados con el Trabajo (Work-Related Benefits Program) (212) 835-7681</p>
	<p>Cuidado Infantil de Transición</p> <p>Cuidado infantil subsidiado por hasta un año después del cierre del caso de Asistencia en Efectivo.</p>	<p>Los ex participantes de Asistencia en Efectivo que reúnen los requisitos de elegibilidad.</p>	<p>Cuota mensual basada en el ingreso familiar y el número de miembros en la familia.</p>	<p>No se necesita solicitud. La inscripción es automática después de que el caso de Asistencia en Efectivo se cierre. (Se puede necesitar información adicional según las circunstancias de su hogar).</p>	<p>Presente los formularios necesarios y las pruebas al Programa de Beneficios Relacionados con el Trabajo (212) 835-7681.</p>
	<p>SNAP Alternativos de Beneficios de Transición (TBA)</p> <p>Se utilizan para comprar comida y ayudar a los hogares de bajos ingresos a obtener dietas más equilibradas aumentando el poder adquisitivo de alimentos de los participantes elegibles.</p>	<p>Hogares con niños elegibles para SNAP y cuyo caso de Asistencia en Efectivo de Seguridad (Safety Net Cash Assistance - SNCA), Asistencia Familiar (FA), y la Asistencia Federal de Seguridad de No-Participación (Safety Net Federally Non-Participating Assistance - SNNC) se están cerrando pueden ser elegibles para un aumento de beneficios de SNAP de TBA por un período de cinco meses. Los hogares que no son elegibles para SNAP de TBA aún pueden ser elegibles para SNAP.</p>	<p>Ninguno</p>	<p>No se necesita solicitud. La inscripción es automática después de que el caso de Asistencia en Efectivo se cierre. La recertificación de SNAP se requiere después del período de transición de 5 meses.</p>	<p>Línea Informativa (Infoline) gratuita de HRA (718) 557-1399</p>

BENEFICIOS Y SERVICIOS PARA PERSONAS EMPLEADAS Guía de Consulta Rápida

SITIOS ÚTILES EN EL INTERNET

- AccessNYC – El proceso de eliminación de la ciudad para más de 30 programas federales, estatales y de la ciudad.
https://a858-ihss.nyc.gov/ihss1/en_US/IHSS_languageSelectionPage.do
- Department of Consumer Affairs – Publicaciones para informarse sobre los problemas relacionados con préstamos en el día de paga, consejos para ser un mejor consumidor, fraude en el Internet, etc.
<http://home2.nyc.gov/html/dca/html/publications/publications.shtml>
- Department of Consumer Affairs Office of Financial Management – Consejos para ahorrar dinero de modo que pueda conservar una mayor parte de su cheque de paga.
http://home2.nyc.gov/html/dca/html/ofe/money_saving_tips.shtml
- Department of Consumer Affairs Office of Financial Empowerment – Información gratis de asistencia para llenar la declaración de impuestos el presente año.
<http://nyc.gov/html/ofe/html/poverty/taxassistance.shtml>
- Earn More – Información sobre mejores oportunidades de trabajo y consejos profesionales.
<http://newyork.earnbenefits.org>
- Housing Preservation and Development (HPD) – Lista de oportunidades de arrendamiento asequible.
http://www.nyc.gov/html/housinginfo/html/apartments/apt_rental.shtml
- Housing Preservation and Development (HPD) – Lista de oportunidades de compra de casa.
http://www.nyc.gov/html/housinginfo/html/homeownership/home_buying_opportunities.shtml
- New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) My Benefits Home Page – información sobre programas de asistencia pública, seguros de salud y crédito tributario para los residentes del Estado de Nueva York.
<https://www.mybenefits.ny.gov>
- Office of Child Support Enforcement – Información sobre los padres/madres con custodia sobre cómo obtener apoyo económico de parte del padre/madre sin custodia.
http://nyc.gov/html/hra/html/programs/child_support.shtml

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Job Center: _____

Child Care Return Appointment

Please return for the following reason(s)

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

I. CHILD CARE IS NEEDED

133S (Participant/Sanctioned Individual)

933S (Applicant)

Documents required:

II. ADDITIONAL INFORMATION IS NEEDED

133D (Participant/Sanctioned Individual)

933D (Applicant)

Check the boxes that apply

- Complete and return the child care provider enrollment form(s) provided
- Secure and return all documentation listed

Check the boxes that apply

- LDSS-4699**
- LDSS-4700**
- CS-274W**

Documents required:

I will bring the above-mentioned documentation with me to my new appointment.

I will return to this **mandatory engagement appointment** on:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

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

You must report to the Job Center with this form.

Applicant's/Participant's/Sanctioned Individual's Signature Date

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

Cita de Vuelta de Cuidado Infantil
Favor de regresar por la(s) siguiente(s) razón(es)

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.

I. SE NECESITA CUIDADO INFANTIL

133S (Participante/Persona Sancionado[a])

933S (Solicitante)

Documentos necesarios:

II. SE NECESITA INFORMACIÓN ADICIONAL

133D (Participante/Persona Sancionado[a])

933D (Solicitante)

Marque las casillas que correspondan

- Llene y devuelva el formulario de inscripción del proveedor de cuidado infantil
- Consiga y devuelva toda la documentación listada

Marque las casillas que correspondan

- LDSS-4699**
- LDSS-4700**
- W-274W**

Documentos necesarios:

Traeré toda la documentación mencionada más arriba a mi nueva cita.

Regresaré a esta **cita de participación obligatoria** el:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

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

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

Firma del Solicitante/Participante/Persona Sancionado(a)

Fecha

Children's Corner Registration 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.

Job/SNAP Center Name: _____

Note: In order to ensure the health and safety of all children, any child who is seriously ill with an infectious disease (e.g., chicken pox or flu), and/or with a severe behavioral problem, will not be permitted in the Children's Corner. Children's Corner staff are **not permitted** to administer medication to children under any circumstance.

Please complete this form before leaving your child(ren) at the Children's Corner.

Date: _____

Name of Parent/Guardian: _____

First Name
M.I
Last Name
Relationship to Child

Case Name: _____ Case Number: _____

Ticket Number: _____

SAMPLE

Type of Photo Identification Shown Identification #

Address: _____
Address

City
State
Zip Code

Cell Phone Number: _____

JOS/Worker Name: _____ Unit/Floor: _____ Telephone Number: _____

Child(ren)'s Name	Date of Birth	Age	Sex
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female

Name of Nearest Relative: _____
First Name M.I. Last Name

Telephone Number: _____ Relationship to Child: _____

Do(es) your child(ren) have any health problems we should be aware of (Please include any allergies)? Yes No
If Yes, please list them below. If your child is required to take medications (asthma pump, etc.) on a regular basis, please list the medication and the name of the child below.

Child(ren)'s Name	Health Problem(s)

SAMPLE

PLEASE NOTE! The Center staff will supervise your child(ren) while in the Children's Corner. In the event your child becomes ill or there is an accident, you will be notified immediately. **Therefore, you are required to indicate where you will be at all times while in the building, and you agree to pick up your child at the completion of your business at the Center.**

Signature of Parent/Guardian

Date

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Time In: _____ AM PM

Name of Children's Corner Worker

Attending Worker's Initials: _____

Time out: _____ AM PM

Name of Children's Corner Worker

Attending Worker's Initials: _____

Formulario de Inscripción para el Área de Niños

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.

Nombre del Centro de Trabajo/SNAP: _____

Nota: Para garantizar la salud y seguridad de todos los niños, se prohibirá el acceso al Área de Niños (Children's Corner) a todo niño que padezca de una enfermedad contagiosa grave (p.ej., varicela o gripe) y/o con problemas severos de conducta. Al personal del Área de Niños **no se le permite** bajo ninguna circunstancia administrar medicamentos a los niños.

Favor de llenar este formulario antes de dejar a su(s) hijo(s) en el Área de Niños.

Fecha: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____
Nombre I. Apellido Relación con el Niño

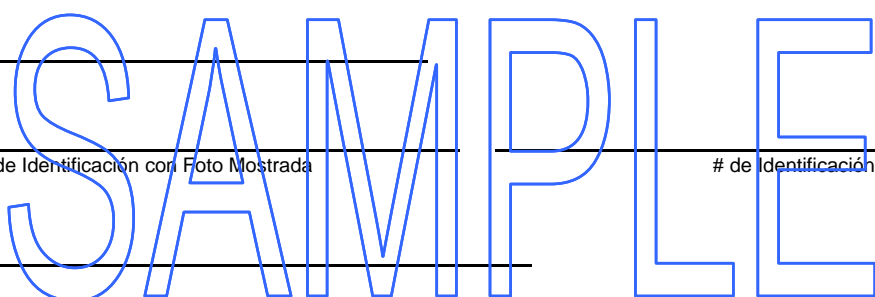
Nombre del Caso: _____ Número del Caso: _____

Número del Boleto: _____

Tipo de Identificación con Foto Mostrada # de Identificación

Dirección: _____
Dirección

Ciudad Estado Código Postal



Número de Teléfono Celular: _____

Nombre del Trabajador/JOS: _____ Unidad/Piso: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre del Niño(s)	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Nombre del Pariente más Cercano: _____
 Nombre I. Apellido

Número de Teléfono: _____ Relación con el Niño: _____

¿Tiene su niño algún problema de salud del cual debemos estar informados (Favor de incluir alergias)? Sí No
 De ser así, favor de apuntarlos más abajo. Si su niño necesita tomar medicamentos (inhalador para el asma, etc.) con regularidad, favor de anotar a continuación el nombre del niño y del medicamento.

Nombre del Niño(s)	Problema(s) de Salud

SAMPLE

¡FAVOR DE NOTAR! El personal del Centro supervisará a su(s) niño(s) mientras los niños estén en el Área de los Niños. En caso de que su niño se enferme o tenga un accidente, se le notificará a usted inmediatamente. **Por lo tanto se requiere que usted nos indique en que parte del edificio va estar en todo momento, y que acepte recoger a su niño cuando termine de hacer su diligencia en el Centro.**

 Firma del Padre/Madre/Tutor

 Fecha

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Time In: _____ AM PM

 Name of Children's Corner Worker

Attending Worker's Initials: _____

Time out: _____ AM PM

 Name of Children's Corner Worker

Attending Worker's Initials: _____

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

Attestation of Employment as a Childcare Provider

(A separate **W-274U** form must be completed for each parent/guardian who employs you as a childcare provider.)

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.

Number of parents/guardians you provide care for: _____

I, _____, am an informal child care
Applicant/Participant First Name M.I. Applicant/Participant Last Name

provider hired by _____, who resides
Parent/Guardian First Name M.I. Parent/Guardian Last Name

at _____, _____
Street Address Apt. No.

_____.
Borough State Zip Code Telephone Number

I provide care (check only one)

- in the child's home, listed above. I understand that if I provide care in a child's home, I am entitled to at least the prevailing minimum wage, from which may be deducted any applicable Federal and State taxes.
- in my own home. I understand that I am entitled to a Cash Assistance (CA) and Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) income exemption of \$5 per day per child in my care for children other than my own.
- in another location (Please provide address).

Address

Borough State Zip Code Telephone Number

Explain alternate location:

Check one:

- I am related to the child for whom I provide care. (State relationship _____.)
- I am not related to the child for whom I provide care.

I receive (enter the amount you receive) \$ _____ per month from this household to provide child care. I provide childcare services a total number of (enter the number of hours) _____ hours per week and charge \$ _____ per hour.

I am no longer providing childcare:

Date job ended _____ (Signature required on page 2 of this form.)

Is your employer in receipt of any of the following?

Cash Assistance and SNAP _____
Case Number (if known)

SNAP only _____
Case Number (if known)

Indicate the weekly schedule(s) of childcare services for the child(ren) listed below:

Child's Name	_____			_____			_____		
	Child's Full Name			Child's Full Name			Child's Full Name		
Date Care Began	____	____	____	____	____	____	____	____	____
	Month	Day	Year	Month	Day	Year	Month	Day	Year
Date of Birth	____	____	____	____	____	____	____	____	____
	Month	Day	Year	Month	Day	Year	Month	Day	Year
Sex	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		
Weekly Schedule	From	To	Total Hours per Day	From	To	Total Hours per Day	From	To	Total Hours per Day
Monday									
Tuesday									
Wednesday									
Thursday									
Friday									
Saturday									
Sunday									
Total Hours per Week									

SAMPLE

Provider Certification

I will notify the Family Independence Administration (FIA) immediately if the hours of care or the number of children in my care changes, or if any of the other information noted on this form changes.

I certify that the statements above are accurate and true to the best of my knowledge. I understand that providing false information may lead to the suspension or termination of payments and the recovery of any payments to which I was not entitled, or assignment to a work-related activity if I am not actually working and being paid to work during the hours indicated above. I further understand that I may be subject to criminal prosecution for knowingly providing incorrect information.

I understand that representatives of FIA may visit me during the hours child care is provided and I authorize FIA to contact my employer to confirm that the information as reported on this form is true and accurate.

Applicant's/Participant's Name (print clearly): _____

Signature: _____ Telephone Number: _____

JOS/Worker's Name: _____ Date: _____

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

Atestación de Empleo como Proveedor de Cuidado Infantil

(Se debe llenar un formulario **W-274U [S]** separado para cada padre/madre/tutor que le contrata como proveedor de cuidado infantil.)

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

Número de padres/madres/tutores a los cuales usted brinda cuidado: _____

Yo, _____, soy proveedor informal
Nombre del Solicitante/Participante I. Apellido del Solicitante/Participante

de cuidado infantil contratado por _____,
Nombre del Padre/Madre/Tutor I. Apellido del Padre/Madre/Tutor

quien reside en _____,
Dirección Apto.

Condado Estado Código Postal Número de Teléfono

Proveo cuidado (marque sólo una casilla)

- en el hogar del niño listado más arriba. Entiendo que si proveo cuidado en el hogar de un niño, tengo derecho a, por lo menos, el salario mínimo corriente del cual se puede deducir cualquier impuesto Federal o Estatal correspondiente.
- en mi propio hogar. Entiendo que tengo derecho a una exención de Asistencia en Efectivo (CA) y Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) de \$5 al día por niño bajo mi cuidado que no sea mío.
- en un local alternativo (favor de indicar la dirección).

Dirección

Condado Estado Código Postal Número de Teléfono

Detalles del local alternativo:

Marque una casilla:
 Soy pariente del niño a quien le brindo cuidado (Indique el parentesco _____).
 No soy pariente del niño a quien le brindo cuidado.

Recibo (anote la cantidad que usted recibe) \$ _____ mensuales de parte de este hogar por brindar cuidado infantil. Brindo servicios de cuidado infantil por un total de (anote el número de horas) _____ horas semanales y cobro \$ _____ por hora.

Ya no brindo cuidado infantil:

Fecha en que terminó el trabajo _____ (Se requiere firma en la página 2 de este formulario.)

¿Recibe su empleador algo de lo siguiente?

- Asistencia en Efectivo y SNAP _____
Número del Caso (si lo sabe)
- sólo SNAP _____
Número del Caso (si lo sabe)

Indique el horario semanal de servicios de cuidado infantil respecto a los niños listados abajo:

Nombre del Niño	Nombre Completo del Niño			Nombre Completo del Niño			Nombre Completo del Niño		
Fecha de Comienzo del Cuidado	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año
Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Horario Semanal	De	A	Total de Horas al Día	De	A	Total de Horas al Día	De	A	Total de Horas al Día
Lunes									
Martes									
Miércoles									
Jueves									
Viernes									
Sábado									
Domingo									
Total de Horas a la Semana									

SAMPLE

Certificación del Proveedor

Le avisaré a la Administración de Independencia Familiar (Family Independence Administration – FIA) de inmediato en caso de que las horas de cuidado o el número de niños bajo mi cuidado o asimismo cualquier otro dato indicado en este formulario cambien.

Doy fe de que las declaraciones más arriba son exactas y veraces según mi leal saber y entender. Entiendo que el proporcionar información falsa puede llevar a una suspensión o terminación de pagos y de la recuperación de cualquier pago al cual yo no tenía derecho, o a ser asignado a una actividad relacionada con el trabajo si en realidad no estoy trabajando ni se me está pagando durante las horas indicadas arriba. Entiendo además que puedo estar sujeto a procesamiento criminal por proporcionar información incorrecta a sabiendas.

Entiendo que puede ser que representantes de la FIA me visiten durante las horas en que se esté brindando cuidado infantil. Además, autorizo a la FIA a que se comunique con mi empleador para comprobar que los datos indicados en el presente formulario sean verídicos y exactos.

Nombre del Solicitante/Participante (en letras de molde clara): _____

Firma: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre del JOS/Trabajador: _____ Fecha: _____

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

NOTICE TO PERSONS WHO HAVE FILED AN APPLICATION FOR SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP)

Dear Sir/Madam:

- Our records show that you filed an application for SNAP benefits on _____ You did not, however, return to the Job Center to keep your scheduled application appointment, nor did you call us to reschedule the appointment. **IF YOU WISH TO RECEIVE SNAP BENEFITS**, you must telephone the Job Center Application Section at _____ to schedule an appointment for an application interview. If you do not contact the Job Center before, _____ your SNAP application will be rejected.
- Our records show that you filed an application for SNAP benefits on _____ You did return for an expedited SNAP interview and SNAP benefits were authorized. You were told at that time that we could issue to you only one month's SNAP benefit and that you had to return to the Job Center to complete the SNAP application process. You did not return to keep the scheduled appointment nor did you call us to reschedule another. **IF YOU WISH TO CONTINUE TO RECEIVE SNAP BENEFITS**, you must telephone the Job Center Application Section at _____ as soon as possible to schedule an appointment for an application interview. If you do not contact the Job Center before _____, your SNAP case will be closed.

Sincerely,

"A" RECEPTIONIST

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.

(Vea al dorso)

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

NOTA A PERSONAS QUE HAN PRESENTADO UNA SOLICITUD PARA BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP)

Estimado/a Señor/a,

- Según nuestros archivos, usted ha presentado una solicitud para beneficios de SNAP el _____. Sin embargo, usted no regresó al Centro de Trabajo para cumplir con la cita programada de su solicitud, tampoco nos llamó por teléfono para reprogramar la cita. SI DESEA RECIBIR BENEFICIOS DE SNAP, debe telefonar a la Sección de Solicitudes del Centro de Trabajo al _____ para programar una cita de entrevista de la solicitud. Si usted no se comunica con el Centro de Trabajo antes del _____ su solicitud de beneficios de SNAP será rechazada.
- Según nuestros archivos, usted ha presentado una solicitud para beneficios de SNAP el _____. Usted regresó para una entrevista acelerada de SNAP y sus beneficios de SNAP fueron autorizado. Se le dijo en aquel momento que nosotros pudimos emitirle a usted sólo los beneficios de SNAP de un mes, y que usted debía regresar al Centro de Trabajo para terminar el procesamiento de la solicitud de SNAP. Usted no regresó para cumplir con la cita programada, tampoco nos llamó por teléfono para reprogramar otra cita. SI DESEA SEGUIR RECIBIENDO BENEFICIOS DE SNAP, debe telefonar a la Sección de Solicitudes del Centro de Trabajo al _____ lo antes posible para programar una cita de entrevista de solicitud. Si usted no se comunica con el Centro de Trabajo antes del _____, su caso de SNAP será cerrado.

Atentamente,

"Una" Recepcionista

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.

(See reverse)

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Job Center/
NCA SNAP Center: _____
Telephone Number: _____

Common Benefit Identification Card (CBIC) Signature Authorization 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.

In order to access your SNAP and/or Cash Assistance (CA) benefits, you will need a Common Benefit Identification Card (CBIC). Before a CBIC can be issued, we need to obtain your signature to put on your CBIC. If you would like to designate someone (an Authorized Representative) to be able to access your SNAP and/or CA benefits on your behalf we will also need his/her signature.

If you are unable to come to our Center, we will need your signature (and the signature of your Authorized Representative, if you choose one) on this form in order to process your CBIC.

Please follow these instructions carefully:

1. Print your name on the line below and sign your name in the signature box below.

Print your name here: _____

Sign
Your
Name
Here

SAMPLE

2. If you choose to have an Authorized Representative access your SNAP and/or CA benefits, ask him/her to print their name on the line below and sign his/her name in the box below.

Authorized Representative print your name here: _____

Authorized
Representative
Sign Your
Name Here

Please return this completed form along with your application/recertification in the enclosed postage-paid envelope. If your application/recertification is accepted, you will be mailed a CBIC. If you have designated an Authorized Representative to access your SNAP and/or CA benefits, a second CBIC will also be mailed to you. If you are eligible for Medicaid, only your card can be used to access those benefits.

For office use only:

Completed By: _____ Date Completed: _____

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro de Trabajo/
Centro NCA SNAP: _____
Número de Teléfono: _____

Tarjeta de Identificación de Beneficios Comunes (CBIC) Formulario de Firma de Autorización

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

Para poder obtener sus beneficios de SNAP y/o beneficios de Asistencia en Efectivo, usted necesitará una Tarjeta de Identificación de Beneficios Comunes (CBIC). Antes de que se pueda expedir una CBIC, necesitamos obtener su firma para incluirla en su CBIC. Si usted desea designar a alguien (un Representante Autorizado) quien pueda obtener sus beneficios de SNAP y/o Asistencia en Efectivo a nombre suyo, también necesitaremos la firma de él/ella.

Si usted no puede venir a nuestra Centro, necesitaremos su firma (y la firma de su Representante Autorizado, si selecciona a uno) en este formulario para tramitar su CBIC.

Favor de seguir estas instrucciones cuidadosamente:

1. Escriba su nombre en letra de molde en la línea más abajo y firme su nombre en la casilla para su firma más abajo:

Escriba su nombre en **letra de molde** aquí: _____

Firme Su Nombre Aquí →

SAMPLE

--

2. Si usted desea que un Representante Autorizado obtenga sus beneficios de SNAP y/o Asistencia en Efectivo, pídale a él o ella que escriba su nombre en letra de molde en la línea más abajo y que firme su nombre en la casilla más abajo.

Representante Autorizado escriba su nombre en **letra de molde** aquí: _____

Representante Autorizado Firme Su Nombre Aquí →

--

Favor de devolver este formulario llenado junto con su solicitud/recertificación en el adjunto sobre prepagado. Si su solicitud/recertificación es aceptada, se le enviará una CBIC por correo. Si usted ha designado a un Representante Autorizado para que obtenga sus beneficios de SNAP y/o Asistencia en Efectivo, además, se le enviará por correo una segunda CBIC. Si usted es elegible para Medicaid, sólo puede usar su tarjeta para obtener tales beneficios.

For office use only.

Completed By: _____

Date Completed: _____

P.O. Box 02-9121
Brooklyn GPO
Brooklyn N.Y. 11202-9121

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.

Dear Participant:

Your Common Benefit Identification Card (CBIC) will be mailed to you shortly. You can use it to access your SNAP benefits through the Electronic Benefits Transfer (EBT) system. If you are in receipt of Medicaid, use this card when you need medical care.

If you have an authorized Representative/Alternate Payee who redeems your benefits, that person must also get a CBIC.

You and your Authorized Representative/Alternate Payee **must complete** the ID Card Signature Authorization form on the reverse of this letter. Return this letter in the enclosed postage paid envelope. Your new card for your Authorized Representative/Alternate Payee will be mailed to you. Both cards will be mailed to you. Be sure to give the correct card to the Authorized Representative/Alternate Payee.

If you have any questions, please call 1 (866) 491-3940.

ID Card Signature Authorization

Dear Participant:

You will need a CBIC (Common Benefit Identification Card) ID Card to receive Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits. If you are unable to come into our office we are requesting your signature on this form. We will use this signature to make your CBIC ID card which will be mailed to you if your SNAP or Cash Assistance case is accepted or recertified.

1. Print your name on the line below and sign your name in the signature box below.

You print your name here: _____

Sign
Your
Name
Here →

2. If you choose to have an "Alternate Payee" (AP) pick-up your SNAP benefits for you (always or sometimes), they must PRINT their name on the line below and SIGN their name in the box below.

AP PRINT name here: _____

AP
Sign
Your
Name
Here →

Return this completed form with your application/recertification. Put the signed sheet in the Return Envelope provided and mail it back immediately so that you can receive your card as soon as possible. Your ID card will have your signature on it. If you have an "Alternate Payee" (AP), you will be sent a second CBIC card for your AP. Either may be used to pick up your SNAP and/or Cash Assistance benefits. Only your new card can access your Medicaid benefits (if you are eligible). Your AP CANNOT access your Medicaid benefits with the AP card.

If you need help or have questions, please call the following number:

HRA Infoline in English: 1 (877) 472-8411

Your worker at () _____

for office use only

Center Number: _____

Case Name: _____

Case Number: _____

CIN No.: _____

Date Received: _____

Date Completed: _____

P.O. Box 02-9121
Brooklyn GPO
Brooklyn N.Y. 11202-9121

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.

Estimado Participante:

Dentro de poco se le enviará por correo su Tarjeta de Identificación de Beneficios Comunes (CBIC). Usted puede usar esta tarjeta para obtener acceso a sus beneficios de SNAP mediante el sistema de Transferencia de Electrónica de Beneficios (EBT). Si usted recibe Medicaid, use esta tarjeta cuando necesite cuidado médico.

Si usted tiene un Representante/Beneficiario Alterno Autorizado que recoge sus beneficios, esa persona también tiene que obtener la nueva tarjeta de CBIC.

Usted y su Representante/Beneficiario Alterno **tienen que llenar** el formulario de Autorización de Identificación de la Firma incluido en el reverso de esta carta. Devuelva esta carta en el sobre con franqueo incluido. Su nueva tarjeta para su Representante/Beneficiario Alterno Autorizado le será enviada por correo. Asegúrese de entregarle la tarjeta correcta al Representante/Beneficiario Alterno Autorizado.

Si usted tiene cualquier pregunta, favor de llamar al 1 (866) 491-3940.

Autorización de Firma para una Tarjeta de Identificación

Estimado(a) Participante:

Para recibir beneficios de SNAP y/o asistencia en efectivo, usted necesitará una Tarjeta de Identificación para Beneficios (Common Benefit Identification Card, CBIC, por sus siglas en inglés). Si usted no puede venir a nuestra oficina, nosotros le pedimos que firme este formulario. Usaremos esta firma cuando hagamos su tarjeta de identificación CBIC, la cual le será enviada si su caso es aceptado o recertificado

1. Escriba su nombre completo en letra de molde en la línea a continuación:

Escriba aquí su nombre en letra de molde: _____

Firme
Aquí →

2. Si usted quiere escoger una persona para ser su "Pagador Alterno" (AP por sus siglas en inglés) quien puede recoger sus beneficios de SNAP y/o asistencia en efectivo (siempre o de vez en cuando), él/ella tiene que escribir el nombre completo de él/ella en letra de molde en la línea a continuación.

Nombre del Pagador Alterno aquí en letra molde: _____

Pagador
Alterno
Firme
Aquí →

Si usted quiere escoger una persona para ser su "Pagador Alterno" (AP por sus siglas en inglés) quien puede recoger sus beneficios de SNAP y/o asistencia en efectivo (siempre o de vez en cuando), él/ella tiene que escribir el nombre completo de él/ella en letra de molde en la línea a continuación.

Si usted necesita ayuda o tiene preguntas, favor de llamar el número de teléfono a continuación:

HRA Infoline en inglés: 1 (877) 472-8411

Su trabajador al () _____

for office use only

Center Number: _____

Case Name: _____

Case Number: _____

CIN No.: _____

Date Received: _____

Date Completed: _____