



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 # 12-85-OPE

REVISIONS TO FORMS M-322R, M-687r, M-687u, AND W-130B THROUGH W-186C

Date: August 24, 2012	Subtopic: 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 Assistance 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"> • Notification of Acceptance of Medicaid for Your Newborn (M-322R) • Referral to Treatment Program(M-687r) • Nonpayee Appointment Notice (M-687u) • Request for Replacement of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits (W-130B) • Notice of Forwarding of Application (W-130H) • Notice of Appointment for Recertification Interview (W-132BB) • Notice of Transfer of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Case (W-132EE) • Notice of Restoration of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits (W-134V) • Request to Pend an Application (W-137E) • Notice of Requirement to Provide Documentation of Unearned Income at Recertification Interview (W-138QQ) • Notice to Participants Who Use An Authorized Representative (W-138W)

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


- Notice of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Case Transferred (**W-140H**)
- Special Assessment Letter (**W-140MM**)
- Fair Hearing Compliance Statement (**W-186C**)

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.

M-322R	Notification of Acceptance of Medicaid for Your Newborn (Rev. 8/24/12)
M-687r	Referral to Treatment Program (Rev. 8/24/12)
M-687r (S)	Referral to Treatment Program (Spanish) (Rev. 8/24/12)
M-687u	Nonpayee Appointment Notice (Rev. 8/24/12)
M-687u (S)	Nonpayee Appointment Notice (Spanish) (Rev. 8/24/12)
W-130B	Request for Replacement of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits (Rev. 8/24/12)
W-130B (S)	Request for Replacement of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits (Spanish) (Rev. 8/24/12)
W-130H	Notice of Forwarding of Application (Rev. 8/24/12)
W-130H (S)	Notice of Forwarding of Application (Spanish) (Rev. 8/24/12)
W-132BB	Notice of Appointment for Recertification Interview (Rev. 8/24/12)
W-132BB (S)	Notice of Appointment for Recertification Interview (Spanish) (Rev. 8/24/12)
W-132EE	Notice of Transfer of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Case (Rev. 8/24/12)
W-132EE (S)	Notice of Transfer of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Case (Spanish) (Rev. 8/24/12)
W-134V	Notice of Restoration of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits (Rev. 8/24/12)

W-134V (S)	Notice of Restoration of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits (Spanish) (Rev. 8/24/12)
W-137E	Request to Pend an Application (Rev. 8/24/12)
W-138QQ	Notice of Requirement to Provide Documentation of Unearned Income at Recertification Interview (Rev. 8/24/12)
W-138QQ (S)	Notice of Requirement to Provide Documentation of Unearned Income at Recertification Interview (Spanish) (Rev. 8/24/12)
W-138W	Notice to Participants Who Use An Authorized Representative (Rev. 8/24/12)
W-140H	Notice of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Case Transferred (Rev. 8/24/12)
W-140MM	Special Assessment Letter (Rev. 8/24/12)
W-140MM (S)	Special Assessment Letter (Spanish) (Rev. 8/24/12)
W-186C	Fair Hearing Compliance Statement (Rev. 8/24/12)
W-186C (S)	Fair Hearing Compliance Statement (Spanish) (Rev. 8/24/12)

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____

Notification of Acceptance of Medicaid for Your Newborn

This is to notify you that your newborn has been accepted for **Medicaid only**. To receive Cash Assistance and Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) for your newborn child, you must report to your Job Center within 30 days of receipt of this notice. On the date that you come in, bring the following:

1. Verification of the child's birth (for example, a birth certificate).
2. Verification that the child will be discharged to you or is residing with you.
3. Verification that you have applied for a Social Security number for your child or a Social Security card if you have already received a number for your child.
4. If you are not married to the father of your child or if you are not living with the father of your child, you must provide information regarding his present circumstances, such as his address, current employment, and his Social Security number.

Failure to appear with the above-listed documentation at the Job Center within 30 days of receipt of this notice may result in the closing of your Cash Assistance case. Your Medicaid case will remain unchanged.

If you have questions regarding this notice, please telephone your Worker at the Job Center.

Failure to comply with the requirement to report any changes in the household does not affect Medicaid eligibility for children through the month of their first birthday and pregnant women up to two months past the month of delivery.

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.

Aviso de Aceptación de Medicaid para su Recién Nacido

Por el presente le informamos que su recién nacido ha sido aceptado para **Medicaid solamente**. Para recibir Asistencia en Efectivo y Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) para su recién nacido, usted debe presentarse a su Centro de Trabajo dentro de 30 días de haber recibido este aviso. El día que se presente, traiga con usted lo siguiente:

1. Comprobante del nacimiento del niño (por ejemplo, un certificado de nacimiento).
2. Comprobante de que el niño le será entregado a usted o que está viviendo con usted.
3. Comprobante de que usted ha solicitado un número de Seguro Social para su niño o la tarjeta de Seguro Social si ya recibió un número para su niño.
4. Si no está casada con el padre de su niño o si no está viviendo con él, debe proporcionar información acerca de sus circunstancias actuales, como su dirección, su empleo actual y su número de Seguro Social.

El no presentarse a su Centro de Trabajo con la documentación indicada arriba, dentro de 30 días de haber recibido este aviso, puede resultar en la terminación de su caso de Asistencia en Efectivo. Su caso de Medicaid permanecerá sin cambios.

Si tiene preguntas relacionadas con este aviso, por favor llame a su Trabajador de su Centro de Trabajo.

El incumplimiento del requisito de reportar cualquier cambio en su hogar, no afecta la elegibilidad para Medicaid para los niños durante el mes de su primer cumpleaños y para las mujeres embarazadas hasta dos meses después de la fecha de parto.

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: _____
Program Code: _____

Referral to Treatment 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.

Please check one: New Referral Already in Program
Please check one: Intensive Tx Required Non-intensive Tx Required

Section I: Applicant/Participant Information (to be completed by referring Worker)

First Name _____ M. I. _____ Last Name _____
Suffix Number: _____ Line Number _____

Section II: Instructions to Applicant/Participant

You are being referred to a drug/alcohol program for treatment to help you become employable. You must report to the program with this Referral form and your signed Consent for Disclosure form. You must report to this mandatory appointment on time. You cannot change this appointment unless you have a legal or medical emergency, which must be documented. If you are unable to keep this appointment, you must call: _____ before the scheduled appointment date.

Appointment Date: _____ Time: _____
Treatment Program: _____ Telephone: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____

For travel directions please contact the MTA at **(718) 330-1234**.

As a cash assistance Applicant/Participant with a substance abuse problem, I understand that I must comply with the requirements of both HRA and the Treatment Program. I understand that failure to report to or comply with the above mandated appointment may jeopardize my eligibility for or continued receipt of cash assistance, SNAP benefits, and medical assistance benefits.

Applicant/Participant Signature Date

Worker Name (print) Date Telephone Number

Section III: To Treatment Program

Referral outcome information must be reported in the Substance Abuse Tracking and Reporting System (STARS) within two business days of applicant/participant's appointment date. **Please refer back to the location on top of the form, on the next day, clients who were given an inappropriate referral.**

Inappropriate Referral - Applicant/Participant must report back to the referring site on _____
(Enter referral recommendation below, including service type and, if applicable, specific programs.) (Next Business Day)

Preparer Name (print) Preparer Signature

Title (print) Date Telephone Number

SAMPLE

Fecha: _____
Número de Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Código del Programa: _____

Envío a Programa de Tratamiento

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 marcar una casilla: Nuevo Envío Ya en el Programa
Favor de marcar una casilla: Se Requiere Tx Intensivo Se Requiere Tx No Intensivo

Sección I: Información del Solicitante/Participante (a ser llenada por el Trabajador que corresponda)

Nombre _____ I. _____ Apellido _____
Número de Sufijo: _____ Número de la Línea _____

Sección II: Instrucciones al Solicitante/Participante

Usted está siendo enviado(a) a un programa de tratamiento para drogas/alcohol para ayudarlo a poder trabajar. Debe presentarse al programa con este formulario de Envío y el formulario firmado de Autorización para Revelar Información. Debe presentarse a esta cita obligatoria a tiempo. Usted no puede cambiar esta cita a menos que tenga una emergencia legal o médica, la cual debe ser documentada. Si no puede cumplir esta cita, debe llamar a: _____ antes de la fecha de la cita programada.

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____
Programa de Tratamiento: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Para indicaciones de viaje favor de comunicarse con la MTA al **(718) 330-1234**.

Como Solicitante/Participante del programa de asistencia en efectivo con un problema de adicción a drogas, entiendo que debo cumplir con los requisitos ambos, de la HRA y del Programa de Tratamiento. Entiendo que si no cumplo o no me presento a la cita obligatoria mencionada arriba, podría poner en peligro mi elegibilidad para asistencia en efectivo, beneficios de SNAP, y beneficios de asistencia médica.

Firma del Participante/Solicitante Fecha

Nombre del Trabajador (letra legible) Fecha Número de Teléfono

Section III: To Treatment Program

Referral outcome information must be reported in the Substance Abuse Tracking and Reporting System (STARS) within two business days of applicant/participant's appointment date. **Please refer back to the location on top of the form, on the next day, clients who were given an inappropriate referral.**

Inappropriate Referral - Applicant/Participant must report back to the referring site on _____
(Enter referral recommendation below, including service type and, if applicable, specific programs.) (Next Business Day)

Preparer Name (print) _____ Preparer Signature _____

Title (print) _____ Date _____ Telephone Number _____

Nombre del Empleado del Programa _____ Firma del Empleado del Programa _____
(con letra legible)

Título (letra legible) _____ Fecha _____ Número de Teléfono _____

SAMPLE

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Caseload: _____
Job Center: _____
CIN: _____
Action Code: _____

Nonpayee Appointment Notice

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

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

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

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

Appointment Information:

Appointment Date: _____ Day: _____ Time: _____ Telephone: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Travel Directions:

This is a mandatory engagement appointment.

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

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

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

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

There are no work requirements for Medicaid.

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

Aviso de la Cita de la Persona No Beneficiaria

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

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

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

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

Información sobre la Cita:

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

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

Esta es una cita obligatoria de participación en actividades.

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

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

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

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

No existen requisitos de trabajo para Medicaid.

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

Request for Replacement of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits Stolen from the EBT System

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.

Please complete this form if you are requesting replacement of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits stolen from the EBT system.

I am requesting: Replacement of SNAP benefits stolen from the EBT system.

Did you contact EBT Customer Service to report a lost, stolen or compromised CBIC or PIN before the alleged theft of benefits? No Yes

If yes, when was this report made? _____

Did you come into the Agency and see a worker to request and complete a PIN Restriction Permission Form?
 No Yes

If yes, when did you come in? (provide a date) _____

Was the PIN restriction processed on the card? No Yes

When did you realize the benefits were stolen from the system? _____

How much SNAP money was stolen from your account? _____

List any information you have concerning the theft of your SNAP benefits from the EBT system.

Participant's Signature

Date of Request

Worker's Signature

Date

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

Petición para Reemplazar Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) Robados del Sistema de EBT

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 llenar este formulario si está solicitando reemplazo de sus beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) robados del sistema de EBT

Estoy solicitando: Reemplazo de beneficios de SNAP robados del sistema de EBT.

¿Contactó usted al Departamento de Atención al Cliente (EBT) para reportar un CBIC o una clave (PIN) perdidos, robados, o inseguros antes del presunto robo de beneficios? No Sí

En caso afirmativo, ¿cuándo se hizo este reporte? _____

¿Se presentó usted a la Agencia para reunirse con un trabajador y solicitar y llenar un Formulario de Permiso para Restricción de PIN? No Sí

En caso afirmativo, ¿cuándo se presentó usted? (indique la fecha) _____

¿Se tramitó la restricción del PIN de la tarjeta? No Sí

¿Cuándo se dio usted cuenta que los beneficios fueron robados del sistema? _____

¿Qué cantidad de dinero de Cupones para Alimentos fueron robados de su cuenta? _____

Liste cualquier información que tenga sobre el robo de sus beneficios de SNAP del sistema EBT.

Firma del Participante

Fecha de la Petición

Firma del Trabajador

Fecha

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____

Notice of Forward of Application

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

We are writing to you regarding your recent Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) application which we received in the mail.

Normally, a responsible member of an applying household must report to this office for an in person interview as part of the SNAP eligibility determination process. However, we have determined that your household qualifies for a special certification procedure wherein the requirement for an office interview is waived.

We have forwarded your application to:

- SSI SNAP Center F-15
233 Schermerhorn Street
Brooklyn, New York 11201
Telephone Number 1-718-722-4009

- Homebound Office F-63
98 Flatbush Avenue
Brooklyn, New York 11217
Telephone Number 1-718-237-4821

The above checked (✓) office will process your application. The office will contact you if they require additional information to determine your eligibility for SNAP. You will be notified of the acceptance or rejection of your application within 30 days from the date we first received your application in this office. If you are found eligible you will also receive SNAP benefits from that date.

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Aviso de Envío de su Solicitud

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.

Le estamos escribiendo en relación con su reciente solicitud del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) que hemos recibido en el correo.

Normalmente, un miembro de un hogar solicitante se debe reportar a esta oficina para una entrevista en persona como parte del proceso de determinación de elegibilidad para SNAP. Sin embargo, hemos determinado que su hogar cualifica para un procedimiento especial de certificación, en el cual la entrevista de oficina no es necesaria.

Hemos enviado su solicitud a:

SSI SNAP Center F-15
233 Schermerhorn Street
Brooklyn, New York 11201
Número de Teléfono 1-718-722-4009

Homebound Office F-63
98 Flatbush Avenue
Brooklyn, New York 11217
Número de Teléfono 1-718-237-4821

La oficina marcada (✓) arriba procesará su solicitud. El personal de la oficina marcada arriba se pondrá en contacto con usted si se requiere información adicional para determinar su elegibilidad para SNAP. Se le notificará de la aceptación o rechazo de su solicitud dentro de 30 días a partir de la fecha en que nosotros recibimos su solicitud en esta oficina por primera vez. Si se determina que usted es elegible, recibirá beneficios de SNAP también a partir de esa fecha.

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

Notice of Appointment for Recertification Interview

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

We have been informed through a computer match that you are now married. Your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) record does not reflect this information.

It is important that we discuss this matter with you. Please report to this office by: _____.

Your spouse should accompany you to the SNAP Center with verification of his/her income from employment and any other income/resources. Your spouse should bring his/her four (4) most recent paystubs. If the amount your spouse earns is not always the same, s/he should bring in his/her eight (8) most recent paystubs. If your spouse is no longer employed, s/he should bring a letter from the employer verifying that s/he is no longer employed and his/her unemployment insurance records.

If you are separated or no longer married, please bring court papers and/or other legal documents.

At the interview we will redetermine your eligibility to continue to receive SNAP. In addition to the employment information requested above, also bring the documents listed on the enclosed form.

If you have any questions, please call: _____.

If you do not report for this interview by the above date, your benefits will expire and you will not receive SNAP benefits beginning: _____.

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro de SNAP: _____

Aviso de Cita para Entrevista de Recertificación

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

Hemos recibido información a través de archivos computarizados de que usted se casó. Esta información no aparece en su expediente del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Es muy importante que hablemos con usted de este asunto. Por favor preséntese a esta oficina antes del:

_____.

Su esposo(a) debe acompañarle a la Oficina de SNAP y traer verificación de su ingreso salarial y cualquier otro ingreso/recurso. Su esposo(a) debe traer los cuatro (4) talones de pago de sueldo más reciente. Si la cantidad que su esposo(a) gana no siempre es lo mismo, el/ella debe traer su ocho (8) talones de pago más recientes. Si su esposo(a) ya no trabaja, el/ella debe traer una carta de su empleador verificando que el/ella ya no está empleado(a) y sus archivos de seguro.

Si usted esta separado(a) o divorciado(a) por favor traiga los papeles de corte/otros documentos legales.

En la entrevista redeterminaremos su elegibilidad para continuar recibiendo SNAP. Además de la información sobre empleo indicada arriba, traiga también los documentos indicados en el formulario adjunto.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame: _____

Si no se presenta a esta entrevista para la fecha indicada arriba, sus beneficios expirarán y no recibirá sus SNAP comenzando el: _____.

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Notice of Transfer of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

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

This is to notify you that your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Case has been transferred from Job Center _____

to the following NCA SNAP Center: _____

Address: _____

Telephone Number: _____

SAMPLE

This action has been taken because your Cash Assistance case has been closed or your application for Cash Assistance has been rejected.

In the future, you will be called in for Recertification by the above NCA SNAP Center. If you have any questions or if you need to report changes in your household circumstances, please call the above telephone number.

Fecha: _____

Numero del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Aviso de Traslado de Caso del Programa de Asistencia de Nutrición (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.

Esto es para avisarle que su caso del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) ha sido transferido del Centro de trabajo _____

al siguiente Centro de SNAP: _____

SAMPLE

Dirección: _____

Teléfono: _____

Esta acción fue tomada porque su caso de asistencia en efectivo fue descontinuado o su solicitud para asistencia en efectivo ha sido rechazado.

En el futuro el nuevo centro de SNAP le enviará notificación de su recertificación. Si tiene alguna pregunta o si necesita avisarnos de cualquier cambio en su hogar, por favor de llamar el número de teléfono indicado arriba.

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

Notice of Restoration of the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

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

The Agency's decision(s) regarding your assistance program(s) is/are explained below next to the checked box(es) .

SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP)

We have been issuing you a reduced SNAP Benefit to make up for a SNAP overpayment you had received.

You have now repaid the overpayment, and we are restoring the full monthly benefit. Effective _____, you will receive \$_____ in SNAP Benefits per month. Date

If this box is checked, you have overpaid what you owed. We are therefore issuing a supplementary benefit in the amount of \$_____ for the month(s) of _____

This benefit will be available for you to pick up at an Electronic Benefit Transfer (EBT) location on _____ Date

A copy of your new SNAP budget is enclosed.

The law(s) and or regulation(s) that allow(s) HRA to do this is/are 18 NYCRR § 387.18.

Worker Date Supervisor 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.**

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, in writing, fax, in person or online.

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

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

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

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

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, 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 a fair Hearing within ninety (90) days of this notice for SNAP issues.

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

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

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: _____
First Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____

Fecha del Aviso: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Unidad de Casos: _____

Número de Tel. del Trabajador: _____

Número de Tel. de FH&C: _____

Aviso de Restauración de Beneficios de Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

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

La(s) decisión(es) de la Agencia con respecto a su(s) programa(s) de asistencia se explica(n) más abajo junto a la(s) casilla(s) marcada(s) .

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP)

Le hemos estado emitiendo un beneficio reducido de SNAP para compensar por un pago excesivo de SNAP que usted había recibido.

Usted ya ha reembolsado el pago excesivo, y le estamos restaurando el beneficio mensual completo. Vigente el

_____ usted recibirá _____ al mes en beneficios de SNAP.

Fecha

Si esta casilla está marcada, usted ha pagado más de lo que debía. Por lo tanto, le estamos emitiendo un

beneficio suplementario por la cantidad de \$ _____, por el/los mes(es) de _____

Este beneficio estará disponible para que lo pueda recoger en un local de Transferencia Electrónica de Beneficios (Electronic Benefit Transfer [EBT]) el _____

Fecha

Adjunta se encuentra una copia de su nuevo presupuesto de SNAP.

La(s) disposición(es) legales y/o reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal forma es/son 18 NYCRR § 387.18.

Trabajador

Fecha

Supervisor

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.**

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en **la primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que 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) POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al:
(518) 473-6735.
- (4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:
<http://www.ptda.ny.gov/eah/forms.asp>

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

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

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

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un fax, 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 fax, 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 escríbanos 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, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de noventa (90) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de SNAP.

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

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

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

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: _____

Date: _____

Request to Pend an Application

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

To Whom this May Concern:

I, _____, am a Brad H., class member and I submitted an application for Cash Assistance and Snap benefits on _____. As a result of difficulties I may encounter in complying with requirements needed to establish my eligibility, I therefore request to have my application pending, if necessary, for 90 days.

Signature of Applicant

SAMPLE

Fecha: _____

Petición para Tener la Solicitud Pendiente

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

A Quien le Corresponda:

Yo, _____ pertenezco a la clasificación Brad H., y he sometido una solicitud de Asistencia Pública y beneficios de SNAP el _____. Como resultado de las dificultades que pueda enfrentar al cumplir los requisitos necesarios para establecer mi elegibilidad, peticiono por consiguiente que mi solicitud permanezca pendiente, si es necesario, por 90 días.

Firma del Solicitante

Date: _____
Case Name: _____
Case Number: _____

Notice of Requirement to Provide Documentation of Unearned Income at Recertification Interview

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

We have been informed through a computer match using your Social Security number that you have received unearned income from the source(s) listed below:

Source of Income: _____
Amount of Income: _____ Period: _____ from _____ to _____
Source of Income: _____
Amount of Income: _____ Period: _____ from _____ to _____

(The above form fields contain a large blue watermark reading "SAMPLE")

Your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) case file does not reflect this income or does not reflect the full amount of this income.

We will ask you to verify your income at the time of your recertification interview. Please bring in a current award letter, check (or copy of it), or other correspondence which indicates the source of the income, the amount of the income, and the period income was/is received. Please also bring in verification of any other income received by you or any other member of your household.

IMPORTANT: We will notify you of the time and place of your recertification interview in a separate letter.

Please bring this letter with you when you report for your recertification interview.

Fecha: _____

Nombre del Caso: _____

Número del Caso: _____

Aviso de Requisito para Presentar Documentación de Ingreso no Salarial en la Entrevista de Recertificación

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

Hemos sido informados a través de un cotejo computarizado que usa su número de Seguro Social que usted ha recibido ingreso no salarial de la fuente(s) indicada abajo:

Fuente de Ingreso: SAMPLE

Cantidad de Ingreso: _____ Período: _____ de _____ a _____

Fuente de Ingreso: _____

Cantidad de Ingreso: _____ Período: _____ de _____ a _____

Su caso de Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) no refleja este ingreso o no refleja la cantidad total de este ingreso.

Le solicitaremos que verifique este ingreso en su entrevista de recertificación. Por favor traiga una carta de concesión reciente, un cheque (o copia de este), u otro tipo de correspondencia que indique la fuente de ingreso, la cantidad del ingreso, y el período en que este ingreso fue/es recibido. Por favor traiga consigo prueba de algún otro ingreso recibido por usted o por cualquier otro miembro de su hogar.

IMPORTANTE: Le informaremos de la hora y lugar de su entrevista de recertificación en una carta separada.

Por favor traiga esta carta consigo cuando se presente a su entrevista de recertificación.

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

Notice to Participants Who Use an Authorized Representative

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 chosen the following person to be your authorized representative for the purpose of applying for Supplemental Assistance Nutrition Program benefits for your household:

SAMPLE
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

Your application has been processed based on information provided by your authorized representative. You will be held liable if your authorized representative has provided erroneous information which results in an overpayment of SNAP benefits.

Eligibility Specialist

(Vea al Dorso)

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

Notificación para Participantes Que Utilizan un Representante Autorizado

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 seleccionado a la siguiente persona para ser su representante autorizado, con el propósito de solicitar los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) para su hogar.

Dirección: **SAMPLE** _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Su solicitud ha sido procesada basada en la información provista por su representante autorizado. Se le considerara a usted responsable si su representante autorizado nos provee de información errónea que resulta en un exceso de los beneficios de SNAP.

Especialista de Elegibilidad

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____

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

This is to notify you that your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) case has been transferred to the following Center:

SNAP Center: _____ F- _____

Address: _____

Telephone Number: _____

The reason for the transfer:

Your household qualifies for special mail certification procedures.

Other (specify): _____

If there is any change in your income, expenses, resources, living arrangements or address, please call or write your new Center immediately.

If you have any questions about your case, please call your new Center.

(Vea al dorso)

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

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 notificamos que su caso del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) ha sido trasladado al siguiente Centro:

Centro SNAP: _____ F- _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

La razón por el traslado:

Su hogar cualifica para trámites especiales de certificación por correo.

Otra razón (especifique): _____

Si se produce algún cambio en su ingreso, gastos, recursos, arreglo de vivienda o dirección, favor de llamar o escribir a su nuevo Centro de inmediato.

Si tiene cualquier pregunta sobre su caso, favor de llamar a su nuevo Centro.

(See reverse)

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____

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.

Special Assessment Letter

(NCA SNAP Applicants/Participants)

Applicant/Participant Name: _____

Case Number: _____

You have been scheduled for a Special Assessment:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____
Location Name: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

Travel Directions:

This is a non-mandatory appointment. No adverse action will be taken against your case if you do not keep this appointment. However, should you need to reschedule this appointment, or if you have any questions, please call:

Telephone Number

The person you are scheduled to meet with is _____
Worker

If, during the special assessment interview it is determined that you need to present additional supportive documentation, you must do so within ten (10) business days (this documentation can be mailed to your Worker). If the documentation is not received within the 10-day period, you will be required to participate in all mandatory activities or be subject to SNAP sanctions.

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

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.

Carta de Evaluación Especial

(Solicitantes/Participantes de NCA SNAP)

Nombre del Solicitante/Participante: _____

Número del Caso: _____

Le hemos programado una cita para una Evaluación Especial:

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

Nombre del Local: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

Esta cita no es obligatoria. No se tomará ninguna medida desfavorable en su contra siempre que se presente a la cita. Sin embargo, si necesitará reprogramar una nueva cita, o si tuviera preguntas favor de llamar al: _____
Número de Teléfono

La persona con quien se le ha asignado reunirse es _____
Trabajador

Si en la evaluación especial, se determina que usted tiene que presentar documentación justificativa adicional, debe entregarla dentro de un plazo de diez (10) días (también puede enviarla por correo a su trabajador). Si la documentación no se recibe dentro de un periodo de 10 días usted tendrá que participar en todas las actividades de trabajo obligatorias o puede enfrentar sanciones respecto a sus beneficios de SNAP.

Notice Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
FH Number: _____
FH Decision Date: _____

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.

Fair Hearing Compliance Statement

SAMPLE

Dear _____:

Here is how we have complied with your Fair Hearing decision:

Cash Assistance: Food and Other

We are issuing you \$ _____ as a nonrecurring or retroactive Cash Assistance grant for _____ . This benefit will be available to you on or before _____ .
(Period covered) (Date)

Immediately before your Fair Hearing request, your semimonthly Cash Assistance grant was \$ _____. Effective _____, your semimonthly Cash Assistance grant will be \$ _____.
(Date)

Your restored benefits mentioned above are being offset by recoupment(s) not at issue in this Fair Hearing, reducing your semimonthly Cash Assistance grant.

You did not lose any Cash Assistance benefits because you received aid-continuing Cash Assistance during the Fair Hearing process. Therefore, your Cash Assistance benefits remain the same.

We have re-evaluated your eligibility for Cash Assistance and have determined that you are not eligible. You will be sent a separate notice of our determination.

Your Cash Assistance benefits remain unchanged.

We are not issuing any Cash Assistance benefits at this time because you are currently ineligible for benefits based on reasons not related to the issues addressed in this Fair Hearing.

Shelter Allowance

We are issuing you \$ _____ as a shelter allowance for _____.
(Period covered)

This benefit will be issued directly to your landlord on or before _____.
(Date)

Immediately before your Fair Hearing request, your semimonthly shelter allowance was \$ _____.

Effective _____, your shelter allowance will be \$ _____.
(Date)

Your shelter supplement _____ was restored on _____.
(Examples: Jiggetts, FEPS, etc.) (Date)

We are unable to restore your shelter supplement _____; because
(Examples: Jiggetts, FEPS, etc.)

We are not issuing any shelter benefits at this time because you are currently ineligible for benefits based on reasons not related to the issues addressed in this Fair Hearing.

Other Actions

The Agency's determination to sanction _____ remains unchanged.
(Participant's Name)

The Agency's determination to sanction was reversed and the Cash Assistance and/or SNAP benefits sanction for _____ was deleted/lifted.
(Participant's Name)

The recoupment, RTI # _____ remains unchanged or was deleted.

The recoupment, RTI # _____ remains unchanged or was deleted.

The recoupment, RTI # _____ remains unchanged or was deleted.

Your budget was changed because _____

You did not lose any child care benefits because you received aid-continuing for child care during the Fair Hearing process. Therefore, your child care benefits remain the same.

You may be eligible for child care retroactive to _____
(Date)

In order to receive retroactive and/or ongoing child care, you or your provider must forward verification of child care services and/or time-sheets to the Administration for Children's Services' Voucher Payment Unit at (212) 227-2257.

You are not eligible for child care because _____

Food Stamps

We are issuing you \$ _____ in retroactive SNAP benefits for _____
(Period covered)

These SNAP benefits will be available to you after _____.
(Date)

Immediately before your Fair Hearing request, your monthly SNAP benefits were \$ _____.

Effective _____, your monthly SNAP benefits will be \$ _____.
(Date)

The restored SNAP benefits mentioned above are being offset by recoupment(s) not at issue in this Fair Hearing, reducing your ongoing SNAP benefit.

You did not lose any SNAP benefits because you received aid-continuing during the Fair Hearing process. Therefore, your SNAP benefits remain the same.

We have re-evaluated your eligibility for SNAP and have determined that you are not eligible. You will be sent a separate notice of our determination.

Your SNAP benefits remain unchanged.

SAMPLE

Medical Assistance

If your Medicaid benefits were interrupted, they will be restored along with your Cash Assistance benefits.

Miscellaneous

The Agency's determination that found you to be employable or employable with limitations remains unchanged.

Based on the decision of your Fair Hearing, we are required to review/re-evaluate your medical claim.

You received an appointment on _____ for a medical evaluation.

Appointment Scheduled/Information Requested/Documentation Required

We have been unable to determine if you are eligible for the benefits that were the subject of your Fair Hearing. We mailed you a letter on _____, asking you to come in for an interview and/or submit the following: _____
(Date) _____ by _____.
(Date)

Because you have failed to respond to our letter, we cannot complete any compliance action until you come in and/or supply the requested information. If you come in and/or bring the information to your Center within ten (10) days from the date of this notice, we will consider the information in accordance with the Fair Hearing decision. Documentation/information returned after ten (10) days will be used to determine your eligibility for the benefits at issue from the date of receipt.

Comments (Optional):

SAMPLE

Worker's Name _____

Date _____

Supervisor's Name _____

Date _____

Fecha del Aviso: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Número de la Audiencia Imparcial (FH): _____

Fecha de la Decisión de FH: _____

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.

Declaración de Cumplimiento de la Audiencia Imparcial

Estimado(a) _____:

Hemos tomado la(s) siguiente(s) medida(s) en cumplimiento de la decisión de la Audiencia Imparcial:

Asistencia en Efectivo: Alimentos y Otros Beneficios

- Le hemos asignado una concesión quincenal de Asistencia en Efectivo de \$ _____ no recurrente o retroactiva para el _____, Este beneficio estará disponible para usted a más tardar el _____.
(Período de cobertura)
(Fecha)
- Inmediatamente antes de su solicitud de Audiencia Imparcial, su concesión quincenal era de \$ _____. A partir de _____, su concesión quincenal de Asistencia en Efectivo será de \$ _____.
(Fecha)
- Sus beneficios restituidos mencionados más arriba han sido reducidos debido a compensaciones no relacionadas con esta Audiencia Imparcial, lo que reduce su concesión quincenal de Asistencia en Efectivo.
- Usted no perdió beneficios de Asistencia en Efectivo dado que durante el trámite de la Audiencia Imparcial usted recibía Asistencia en Efectivo continua (aid-continuing). Por lo tanto, sus beneficios de Asistencia en Efectivo permanecerán sin cambios.
- Tras reevaluar su elegibilidad de Asistencia en Efectivo hemos determinado que usted no es elegible. Le enviaremos por separado un aviso de dicha determinación.
- Su Asistencia en Efectivo permanecerá sin cambios.
- En este momento no estamos expediendo beneficios de Asistencia en Efectivo, debido a que usted actualmente es inelegible para beneficios por razones no relacionadas con la Audiencia Imparcial.

Concesión de Albergue

Le estamos expediendo \$ _____ como concesión de albergue por _____.
(Período de cobertura)

Este beneficio se expedirá directamente a su casero a más tardar el _____.
(Fecha)

Inmediatamente antes de su solicitud de Audiencia Imparcial, su concesión quincenal de albergue era de \$ _____.

A partir de _____, su concesión de albergue será de \$ _____.
(Fecha)

Su suplemento de albergue _____ se restituyó el _____.
(Ejemplos: Jiggetts, FEPS,) (Fecha)

No podemos restituir su suplemento de albergue _____; porque
(Ejemplos: Jiggetts, FEPS, etc.)

En este momento no estamos expediendo beneficios de albergue, debido a que usted actualmente es inelegible para beneficios por razones no relacionadas con la Audiencia Imparcial.

Otras Medidas

La determinación de la Agencia de sancionar _____ sigue sin cambio.
(Nombre del Participante)

La determinación de la Agencia de sancionar fue revocada y la sanción de Asistencia en Efectivo y/o beneficios de SNAP _____ fue borrada/levantada.
(Nombre del Participante)

El reembolso, # RTI _____ sigue sin cambios o fue borrado.

El reembolso, # RTI _____ sigue sin cambios o fue borrado.

El reembolso, # RTI _____ sigue sin cambios o fue borrado.

Su presupuesto se cambió porque _____

Usted no perdió beneficios de cuidado infantil porque recibió asistencia continua para cuidado infantil durante la Audiencia Imparcial. Por lo tanto, sus beneficios de cuidado infantil permanecerán sin cambios.

- Usted puede ser elegible para cuidado infantil retroactivamente a _____.
(Fecha)
- Para recibir cuidado infantil retroactivo y/o continuo, usted o su proveedor tienen que presentar comprobante de servicios de cuidado infantil y/o horarios de asistencia a la Unidad de Comprobantes de Pago de la Administración de Servicios al Niño al (212) 227-2257.
- Usted no es elegible para cuidado infantil porque _____.

Beneficios de SNAP

- Le hemos otorgado una concesión retroactiva de beneficios de SNAP por la cantidad \$ _____ por _____.
(Período de cobertura)
Esta concesión de beneficios de SNAP estará a su disposición después del _____.
(Fecha)
- Inmediatamente antes de su petición de Audiencia Imparcial, su beneficio mensual de beneficios de SNAP era de \$ _____.
A partir del _____, la cantidad de sus beneficios de SNAP será \$ _____.
(Fecha)
- Los beneficios restituidos de SNAP mencionados más arriba han sido reducidos debido a compensaciones no relacionadas con esta Audiencia Imparcial lo que reduce su beneficio continuo de SNAP.
- Usted no perdió beneficios de SNAP porque recibió asistencia continua durante la Audiencia Imparcial. Por lo tanto, sus beneficios de SNAP permanecerán sin cambios.
- Tras reevaluar su elegibilidad para beneficios de SNAP hemos determinado que usted no es elegible. Le enviaremos por separado un aviso de dicha determinación.
- Sus beneficios de SNAP permanecerán sin cambios.

Asistencia Médica

- Si sus beneficios de Medicaid fueron interrumpidos, dichos beneficios serán restituidos junto con sus beneficios de Asistencia en Efectivo.

Beneficios Variados

- La determinación de la Agencia que le juzgó empleable o empleable con limitaciones sigue sin cambios.
- Según la decisión de la Audiencia Imparcial, nosotros tenemos que repasar/reevaluar su reclamo médico. Usted recibirá una cita el _____ para una evaluación médica.

Cita Programada/Información Solicitada/Documentación Solicitada

No hemos podido determinar si usted es elegible para los beneficios que fueron objeto de su Audiencia Imparcial. Le enviamos una carta el _____,

(Fecha)

traiga lo siguiente: _____

_____ para el _____.

(Fecha)

Debido a que usted no contestó a nuestra carta, no podemos llevar a cabo ninguna medida de cumplimiento hasta que usted se presente y/o proporcione los datos necesarios. Si usted se presenta y/o trae dichos datos a su Centro dentro de diez (10) días de la fecha de este aviso, tomaremos los datos en cuenta, conforme a la decisión de la Audiencia Imparcial. La documentación/información devuelta después de diez (10) días se utilizará para determinar su elegibilidad para los beneficios en cuestión desde la fecha de recibo.

Comentarios (Opcionales):

SAMPLE

Nombre del Trabajador

Fecha

Nombre del Supervisor

Fecha