



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 #12-86-OPE

REVISIONS TO FORMS W-519, W-519P, W-532E, W-563, W-576Y, W-584A, W-584D, AND W-584K

<p>Date: August 24, 2012</p>	<p>Subtopic: Forms</p>
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all Non-Cash Food Stamp (NCA FS) Center staff and Job Center staff that the New York State Legislature and the New York State Governor's Office have changed the name of the Food Stamp Program to the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). Therefore, any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits, and any reference to NCA FS Centers shall mean NCA SNAP Centers.</p> <p>In preparation of this change, which is effective August 29, 2012 the forms listed below have been revised:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finger Imaging Notice (W-519) • Important Information Regarding Finger Imaging Requirements (W-519P) • Participant Request for Review of Employability Status (W-532E) • Attention Working Parents (W-563) • Notice of Intent Data Entry Request for Employment Non-Compliance Cases (W-576Y) • Employability Assessment And Employment Plan (W-584A) • Employment in Senior Aides Program (W-584D) • Mandatory Appointment for Evaluation of Work Activity (Insert) (W-584K) <p>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.</p> <p>Samples of the forms are attached.</p> <p><i>Effective Immediately</i></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

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

Attachments:

W-519	Finger Imaging Notice (Rev. 8/24/12)
W-519 (S)	Finger Imaging Notice (Spanish) (Rev. 8/24/12)
W-519P	Important Information Regarding Finger Imaging Requirements (Rev. 8/24/12)
W-532E	Participant Request for Review of Employability Status (Rev. 8/24/12)
W-532E (S)	Participant Request for Review of Employability Status (Spanish) (Rev. 8/24/12)
W-563	Attention Working Parents (Rev. 8/24/12)
W-576Y	Notice of Intent Data Entry Request for Employment Non-Compliance Cases (Rev. 8/24/12)
W-584A	Employability Assessment And Employment Plan (Rev. 8/24/12)
W-584A (S)	Employability Assessment And Employment Plan (Spanish) (Rev. 8/24/12)
W-584D	Employment in Senior Aides Program (Rev. 8/24/12)
W-584K	Mandatory Appointment for Evaluation of Work Activity (Insert) (Rev. 8/24/12)
W-584K (S)	Mandatory Appointment for Evaluation of Work Activity (Insert) (Spanish)(Rev. 8/24/12)

Date: _____

Case Number: _____

Applicant/Participant Name: _____

Center: _____

Finger Imaging 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.

If you are applying for or receiving regular or emergency Cash Assistance and you are an adult (18 years of age or older) or you are the head of household, you must enroll in the Automated Finger Imaging System (AFIS) to be finger imaged. This information will be compared with other active computer files in order to assist in determining your household's eligibility for assistance and to prevent duplicate participation. If you are an adult applying for/receiving Medicaid benefits and your Medical Assistance Identification card must contain a photo image, you are required to enroll in AFIS in order to have your photograph taken only. Family Health Plus and Family Planning Benefit applicants/participants are exempt from all AFIS requirements. Please bring identification with you to the Finger Imaging Unit.


AFIS will capture your finger images and take your photograph quickly and easily. These images and photographs will be stored and matched against those of other applicants/participants. At the same time that we finger image you, we will record your signature electronically so that we can issue you a Common Benefit Identification Card (CBIC). You will need this card to redeem your benefits.

The following individuals are exempt from finger imaging:

- Individuals who are not applying for or receiving Cash Assistance and who are not legally responsible for any other household member who is applying for or receiving Cash Assistance
- Individuals physically unable to comply with this requirement because of an injury or disability. However, if the condition is temporary, an appointment to return for finger imaging must be made.
- Applicants/Participants under 18 years of age unless they are the head of household
- SSI recipients who are applying for a one-shot deal Emergency Assistance to Adults (EAA) grant (only if all members of the household are in receipt of SSI)
- Applicants/Participants who have cases at the SSI (F15)
- Congregate Care Facility residents
- Homebound applicants/participants

**Failure to comply with the finger imaging requirement will result in a case denial/closing.
Failure to comply with finger imaging will not affect your eligibility for
Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits.**

- I am exempt from finger imaging because I meet one of the exemption criteria mentioned on **page 1**.
- I do **not** agree to be finger imaged. I am applying/seeking recertification for Cash Assistance and realize that, by not agreeing to be finger imaged, I will become ineligible and my case will be rejected or closed as appropriate.

 Click here to insert a picture

Applicant's/Participant's Signature

Date

Report to Finger Imaging Unit, ____ Floor Appointment Date: _____ Time: _____ AM PM
Applicant/Participant Name: _____ Social Security Number: _____
Registry Number/Case Number: _____ DOB: _____ CIN: _____
Sex: Male Female

Instructions to the AFIS Operator

- Finger Imaging Referral** Applicant Participant **Case Type:** _____
- Job Center Number: _____
- Worker's Name: _____ Worker's Telephone Number: _____
- Finger Image, Photograph, and Signature
 - Applicant/Participant imaged under CIN _____ please transfer to CIN _____
To transfer an AFIS image from one CIN to another, you must contact the HRA AFIS Helpdesk and provide them with the CIN the applicant/participant is imaged under and the CIN the image should be transferred to. (Complete a Finger-Imaging Routing Slip [W-519C] and place it in the designated basket to be returned to the Worker.)
 - Photograph and Signature Only (Medicaid and Payee Only CA Applicants/Participants)
 - Identification Only (Please verify identity)

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Solicitante/Participante: _____

Centro: _____

Aviso de Impresiones Digitales

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.

Si usted está solicitando o recibiendo los beneficios normales o de emergencia de Asistencia en Efectivo, y si es un adulto (de 18 años de edad o más) o jefe del hogar, debe inscribirse en el Sistema Automatizado de Impresión Digital (Automated Finger Imaging System – AFIS) para que le tomen las impresiones digitales. Esta información será comparada con otros expedientes computarizados activos para poder determinar si su hogar es elegible para asistencia y también para evitar la participación duplicada. Si usted es un adulto que está solicitando o recibiendo los beneficios del Medicaid y su tarjeta de Identificación de Asistencia del Medicaid debe tener una fotografía, se requiere que usted se inscriba en el AFIS para que solamente le tomen su fotografía. Los solicitantes/participantes de Family Health Plus y Family Planning Benefit están exentos de todos los requisitos de AFIS. Por favor traiga con usted una prueba de identificación a la Unidad de Impresiones Digitales (Finger Imaging Unit).

El Sistema Automatizado de Impresión Digital captará sus impresiones digitales y le tomará su foto de forma rápida y fácil. Estas impresiones digitales y fotografías serán archivadas y comparadas con las de otros solicitantes/participantes. Al tomar sus impresiones digitales, registraremos electrónicamente su firma de manera que podamos asignarle una Tarjeta de Identificación de Beneficios en Común (Common Benefit Identification Card – CBIC). Usted necesitará esta tarjeta para obtener sus beneficios.

Las siguientes personas están exentas de impresiones digitales:

- las personas quienes no estén solicitando o recibiendo Asistencia en Efectivo y quienes no sean legalmente responsables por cualquier otro miembro del hogar quien esté solicitando o recibiendo Asistencia en Efectivo
- las personas quienes físicamente no puedan cumplir este requisito debido a una lesión o incapacidad. No obstante, si esta condición es temporaria, es preciso programar una cita de vuelta para la toma de imágenes digitales.
- los solicitantes/participantes menores de 18 años de edad, a menos que sean beneficiarios de sus propios casos o sufijos
- las personas que reciben SSI y que están solicitando la negociación, de una vez, de una subvención del Hogar de Asistencia de Emergencia para Adultos (Emergency Assistance to Adults – EAA) (sólo si todos los miembros del hogar reciben SSI)
- los solicitantes/participantes quienes tienen casos en el centro SSI (F15)
- los residentes de un Local de Cuidado Colectivo
- los solicitantes/participantes confinados al hogar

El incumplimiento del requisito de imágenes digitales resultará en el cierre o rechazo de su caso.

El incumplimiento de las imágenes digitales no afectará su elegibilidad para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

- Estoy exento(a) de tomarme impresiones digitales, porque cumpla uno de los criterios de exención en la **página 1**.
- No** estoy de acuerdo con que se me tomen mis impresiones digitales. Estoy solicitando/buscando la recertificación de la Asistencia en Efectivo, y al no consentir a que se me tomen impresiones digitales, renuncio a mi elegibilidad y mi caso será rechazado o cerrado si se estima pertinente.

Firma del Solicitante/Participante

Fecha

Preséntese a la Unidad de Impresiones Digitales, _____ Piso Fecha de la Cita: _____

Hora: _____ AM PM

Nombre del Solicitante/Participante: _____ Número de Seguro Social: _____

Número de Registro/Número del Caso: _____ Fecha de Nacimiento: _____ CIN: _____

Sexo: Masculino Femenino

Instructions to the AFIS Operator

Finger Imaging Referral: Applicant Participant **Case Type:** _____

Job Center Number: _____

Worker's Name: _____ Worker's Telephone Number: _____

Finger Image, Photograph, and Signature

Applicant/Participant imaged under CIN _____ please transfer to CIN _____
To transfer an AFIS image from one CIN to another, you must contact the HRA AFIS Helpdesk and provide them with the CIN the applicant/participant is imaged under and the CIN the image should be transferred to. (Complete a Finger-Imaging Routing Slip **[W-519C]** and place it in the designated basket to be returned to the Worker.)

Photograph and Signature Only (Medicaid and Payee Only CA Applicants/Participants)

Identification Only (Please verify identity)

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

IMPORTANT INFORMATION REGARDING FINGER IMAGING REQUIREMENTS

Note: Beginning August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutritional Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

New York State Regulation 18 NYCRR 387.9 (c) requires that, if you are applying for or receiving Supplemental Nutritional Assistance Program (SNAP) benefits, you must enroll in the Automated Finger Imaging System if you are an adult (18 years of age or older) or if you are the head of the household.

Because you are 18 years of age or older, you are now required to comply with the finger imaging requirements. You can go to any of the Automated Finger Imaging System locations listed on the enclosed Automated Finger Imaging System (AFIS) Directory for Non Cash Assistance Supplemental Nutritional Assistance Program Offices (Form ~~W-519N~~) to comply with this requirement.

Please bring this letter and a form of identification with you when you go to one of our Automated Finger Imaging System locations.

Enclosure: Automated Finger Imaging System (AFIS) Directory for Non Cash Assistance Supplemental Nutritional Assistance Program Offices (Form ~~W-519N~~)

(Vea Al Dorso)

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

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS REQUISITOS DE IMÁGENES DIGITALES

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 ley del Estado de Nueva York 18 NYCRR 387.9 (c) requiere que, si usted está solicitando o recibiendo los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), debe inscribirse en el Sistema Automatizado de Imágenes Digitales si es un adulto (de 18 años de edad o más) o jefe del hogar.

Ya que usted tiene 18 años de edad o más, debe cumplir los requisitos de imágenes digitales. Para cumplir con estos requisitos usted puede ir a cualquiera de los locales del Sistema Automatizado de Imágenes Digitales indicados en el Directorio adjunto del Sistema Automatizado para las Imágenes Digitales (AFIS) de las Oficinas de Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria de No Asistencia en Efectivo (Formulario **W-519N [S]**).

Por favor traiga consigo esta carta y alguna identificación cuando vaya a uno de los locales del Sistema Automatizado de Imágenes Digitales.

Adjunto: Directorio del Sistema Automatizado para las Imágenes Digitales (AFIS) de las Oficinas del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria de No Asistencia en Efectivo (Formulario **W-519N [S]**)

(See Other Side)

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

Participant Request for Review of Employability Status

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

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

SAMPLE

Participant's Signature

Date

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

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

Worker's Signature

Date

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

Petición del Participante para Revisar Su Empleabilidad

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

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

SAMPLE

Firma del Participante

Fecha

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

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

Firma del Trabajador

Fecha

ATTENTION WORKING PARENTS

**When Your Case Closes Because You Found a Job...
You May Be Eligible for:**



TRANSITIONAL MEDICAID

Medicaid coverage for you and your family for up to twelve (12) months after your case closes.

TRANSITIONAL CHILD CARE PAYMENTS

Child care payments for children under thirteen (13), for up to twelve (12) months after your case closes.



SNAP Benefits

You can apply for continued SNAP benefits at a Non-Cash Assistance (NCA) SNAP office.

CHILD SUPPORT

If you are currently receiving child support payments through HRA, you will receive the full amount of payments made by the absent parent, through the Office of Child Support Enforcement (OCSE), when your Cash Assistance case closes.



EARNED INCOME TAX CREDIT (EITC)

You can significantly reduce the amount of taxes you owe or make your refund bigger. Contact the Internal Revenue Service (IRS) for more information.

Call

Work Related Benefit Program
109 East 16th Street, New York, NY 1003
(212) 835-7681

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.

ATENCIÓN PADRES QUE TRABAJAN

**Si Su Caso Cierra Porque Encontró un Trabajo...
Usted Podría Tener Derecho a:**



MEDICAID DE TRANSICIÓN

Cobertura de Medicaid para usted y su familia hasta doce (12) meses después de que su caso cierre.

PAGOS DE CUIDADO INFANTIL DE TRANSICIÓN

Pagos de cuidado infantil menores de trece (13) años de edad, hasta doce (12) meses después de que su caso cierre.



Beneficios de SNAP

Usted puede solicitar la continuación de beneficios de SNAP en una oficina de SNAP que no sea de Asistencia en Efectivo (NCA).

PAGOS DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS

Si actualmente está recibiendo pagos de manutención de niños a través de la HRA, usted recibirá la cantidad completa de los pagos abonados por el/la padre/madre ausente, a través de la Oficina de Refuerzo a la Manutención de Niños (OCSE), cuando su caso de Asistencia en Efectivo se cierre.



CRÉDITO DE INGRESO DEVENGADO

Usted puede reducir considerablemente la cantidad de impuestos que debe o aumentar su devolución. Comuníquese con el Servicio de Rentas Internas (IRS) para más información.

Llame a

Work Related Benefit Program
109 East 16th Street, New York, NY 10003
(212) 835-7681

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.



EMPLOYABILITY ASSESSMENT AND EMPLOYMENT PLAN

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. EMPLOYABILITY ASSESSMENT

A. PERSONAL/FAMILY BACKGROUND

Name: _____

Category: 1. FA 1. NCA SNAP Sex 1. Female
 2. SN 2. Male

Social Security Number [][]-[][]-[][][][]

Case Number [][][][][][][][] - [][]

Applicant Registration Number [][][][][][][][]

Birth Date: [][]/[][]/[][]

IS/Job Center Number [][] FS Site Number [F][][]

1. Languages: Please check (√) below the languages you speak, read or write.

Language	Speak [1]	Read [1]	Write [1]
English			
Spanish			
Russian			
French/Creole			
Chinese			
Laotian			
Hindi/Urdu			
Other:			

2a. Since 1996, for how many months have you been on Family Assistance (Cash Assistance)?

2b. Since 1996, for how many months have you been on Safety Net (Cash Assistance)?

3a. Do you currently have an alcohol or drug problem? 1. Yes 2. No

3b. Did you ever have a drug and/or alcohol problem? 1. Yes 2. No

3c. Have you received treatment for drugs and/or alcohol in the past five years? 1. Yes 2. No

4a. Have you ever been convicted of a felony or a misdemeanor? 1. Yes 2. No

4b. If you have been convicted of a felony, when and for what specific crimes are your convictions?

Date Convicted	Nature of the Felony

5a. Were you ever in foster care? 1. Yes 2. No

5b. If YES: for how many years were you in foster care?

5c. What was the last year you were in foster care?

6a. At what age did you have your first child?

6b. How many children in the following age groups live with you?

Under age 1 Ages 1 and 2 Ages 3 and 4
 Ages 5 to 12 Ages 13 to 17 Ages 18 to 21

6c. How many of your children under age 21 do not live with you?

6d. How many of them receive Cash Assistance? (Enter 9 if Unknown)

6e. **SUPPORTIVE SERVICES.** Transportation and child care costs that may be necessary for you to participate in your activity may be reimbursed by the Family Independence Administration for children under 13 or children under 18 with *special needs*. Please provide the following information for each child under 13 (and between 13 and 18 if with *special needs*).

Check here if no Child Care costs are needed

Child's Name	Child's Date of Birth Month and Year	Licensed Child Care or Informal Care	Child Care Provider's Social Security Number	Cost or No Cost Arrangement
a.	[][]/[][]	<input type="checkbox"/> 1. Licensed <input type="checkbox"/> 2. Informal	[][][][]-[][][]-[][][][][]	<input type="checkbox"/> 1. Cost <input type="checkbox"/> 2. No Cost
b.	[][]/[][]	<input type="checkbox"/> 1. Licensed <input type="checkbox"/> 2. Informal	[][][][]-[][][]-[][][][][]	<input type="checkbox"/> 1. Cost <input type="checkbox"/> 2. No Cost
c.	[][]/[][]	<input type="checkbox"/> 1. Licensed <input type="checkbox"/> 2. Informal	[][][][]-[][][]-[][][][][]	<input type="checkbox"/> 1. Cost <input type="checkbox"/> 2. No Cost
d.	[][]/[][]	<input type="checkbox"/> 1. Licensed <input type="checkbox"/> 2. Informal	[][][][]-[][][]-[][][][][]	<input type="checkbox"/> 1. Cost <input type="checkbox"/> 2. No Cost
e.	[][]/[][]	<input type="checkbox"/> 1. Licensed <input type="checkbox"/> 2. Informal	[][][][]-[][][]-[][][][][]	<input type="checkbox"/> 1. Cost <input type="checkbox"/> 2. No Cost

7. Please list the name(s) of any person **over age 18** who is/are living in your home [including yourself] and indicate how they are related to the Case Head by using the following codes.

RELATIONSHIP TO CASE HEAD CODES					
01. Self	02. Daughter	03. Son	04. Mother	05. Father	06. Brother
07. Sister	08. Nephew	09. Niece	10. Cousin	11. Stepson	12. Stepdaughter
13. Foster Child	14. Aunt	15. Uncle	16. Grandmother	17. Grandfather	18. Spouse
19. Granddaughter	20. Grandson	21. Other Relative	22. No Relation		

1. _____ CODE [] [] 3. _____ CODE [] []
 2. _____ CODE [] [] 4. _____ CODE [] []

8a. Are you a Veteran [Active Duty only; honorable discharge or release]?

1. Yes, less than or equal to 180 days 2. Yes, more than 180 days 3. If NO – Skip to Question 9

8b. Are you a Campaign Veteran?

1. Yes, identified by OPM 2. Yes, Vietnam era 2/28/61 – 5/7/75 3. If No

8c. Are you a Disabled Veteran?

1. Yes, discharged/released from active duty for service connected disability
 2. Yes, rated as 30% or more by DVA/10-20% serious employment disability 3. No

8d. Are you a Recently Separated Veteran?

1. Yes, applied for participation under title 1 of WIA within 48 months 2. No

B. EDUCATIONAL BACKGROUND

9a. What is the highest grade you completed in school?

00. No Formal Education	01. Grade 1	02. Grade 2	03. Grade 3	04. Grade 4
05. Grade 5	06. Grade 6	07. Grade 7	08. Grade 8	09. Grade 9
10. Grade 10	11. Grade 11	12. High School Graduate	13. GED	14. Vocational School
15. 1 Year of College	16. Some College (No Degree)	17. Associate Degree	18. College/Bachelors Degree	19. Graduate School

9b. Do you have a High School Diploma or GED? 1. Yes 2. No

10a. Have you ever participated in any educational or training program? 1. Yes 2. No

IF YES:

10b. How many educational or training programs have you attended in the past 3 years? [] []

10c. How many of these programs did you complete? [] []

10d. How long did you participate (total)? ____ months. [] []

10e. What is the name of the last program you completed? _____

10f. What was the educational or vocational skill you acquired? _____

10g. When did you complete the last educational or training program? [] [] / [] [] / [] []

To be completed upon receipt of test results from Contractor

11a. Reading Skills: grade level .

11c. Three primary vocational aptitudes:

11b. Math Skills: grade level .

12. If English is not your primary language, did you ever attend an English as a Second Language course?

1. Yes 2. No 3. Not Applicable – English is my primary language

C. JOB EXPERIENCE

13a. Are you currently employed? 1. Yes 2. No 3. Have **never** been employed

13b. IF YES: How many hours per week do you work?

13c. What is your salary **before** taxes and other deductions are taken out? \$, .

13c1. Is this salary? [Please check the correct box]

1. Yearly 3. Twice a month 5. Weekly
 2. Monthly 4. Every two weeks 6. Daily: How many days a week do you work?
 7. Hourly: How many hours a week do you work?

13d. If NO: what was your reason for leaving your last job?

1. Resigned 2. Terminated 3. Laid Off 4. Job Ended 5. Other: _____

14a. How many full-time jobs have you had in the past 3 years, including the current one [if you are employed]?

1. None 2. 1 – 2 3. 3 – 4 4. 5 or More

14b. Please complete the following for each job you had in the past 3 years.

Type of Job	Salary Earned	Date Started	Date Ended
		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>

14c. Did you have health insurance at your last job? 1. Yes 2. No

14d. Were you covered by Unemployment Insurance – UIB – at your last job? 1. Yes 2. No

IF WORKING 30 HOURS OR MORE, SKIP TO SECTION I

15a. Have you participated in the WEP program in the last three years? 1. Yes 2. No

15b. If yes, for how many months did you participate in WEP? months

D. JOB SKILLS

16. What are your job skills? Check (✓) all that apply:

Maintenance

- Janitorial Housekeeping
 Mechanic Construction
 Food Service House Painting
 Domestic
 Building Maintenance
 Security
 Other: _____

Human Services

- Beauty Culture
 Child Care
 Health Care
 School Aide
 Hospital Work
 Home Care
 Livery/taxi
 Other: _____

Office Work and Other

- Clerical
 Computer Technology
 Data entry
 Receptionist
 Word Processing
 Messenger
 Sales
 Other: _____

Other Job Skills: _____

17. Do you have any licenses or certificates of vocational skill? 1. Yes 2. No

17a. If YES, what type of license or certificate?

Check (✓) all that apply

1. Driver's License 2. Licensed Practical Nurse 3. Food Handler Certificate
 4. Other: Specify _____

E. JOB TRAINING PREFERENCES AND VOCATIONAL INTERESTS:

18. What are your training preferences and vocational interests? Check ✓ all that apply:

Maintenance

- Janitorial Housekeeping
 Mechanic Construction
 Food Service House Painting
 Domestic
 Building Maintenance
 Security
 Other: _____

Human Services

- Beauty Culture
 Child Care
 Health Care
 School Aide
 Hospital Work
 Home Care
 Livery/taxi
 Other: _____

Office Work and Other

- Clerical
 Computer Technology
 Data Entry
 Receptionist
 Word Processing
 Messenger
 Sales
 Other: _____

Other Vocational Goals: _____

F. JOB PREFERENCES (select one choice each from Sections 1 and 2 below)

<p>Section 1. WORK ACTIVITY COMPONENTS</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Work Experience Program (WEP) – as stand-alone activity</p> <p><input type="checkbox"/> 2. WEP + Vocational Training</p> <p><input type="checkbox"/> 3. WEP + Education</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Training and/or Education</p>	<p>2. PREFERRED JOB CATEGORIES</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Maintenance</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Human Services</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Office Work</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Driver or Other</p>
---	--

II. EMPLOYMENT PLAN (FOR OFFICE USE ONLY)

A. CHECK (✓) IN SECTION 1, 2, 3 and 4 ALL THAT APPLY. If the participant is exempt from work rules, check reason for exemption in Section 1 (for FA & SNA) or 2 (for NCA SNAP participants).

Section 1 (FA & SNA only) EXEMPT BECAUSE	Section 2 (NCA FS only) EXEMPT BECAUSE	Section 3 ASSIGNMENTS	Section 4 REHABILITATION PLAN (FA & SNA only)
<input type="checkbox"/> Disabled (temporary) <input type="checkbox"/> Disabled (permanent) <input type="checkbox"/> Age 60 or over <input type="checkbox"/> Needed to care for sick household member <input type="checkbox"/> Domestic Violence Waiver <input type="checkbox"/> Substance Abuse Evaluation Pending <input type="checkbox"/> Medical Evaluation Pending <input type="checkbox"/> Pregnant 8 months or more or Child under 4 months <input type="checkbox"/> NA - Works 30 hours or more <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Under 18 years <input type="checkbox"/> Over 60 years <input type="checkbox"/> Over age 50 years (ABAWD only) <input type="checkbox"/> Child under age 18 years (ABAWD only) <input type="checkbox"/> Child under age 6 <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Applied for or receiving UIB <input type="checkbox"/> Applying for SSI <input type="checkbox"/> Medical Disability <input type="checkbox"/> Mental Disability <input type="checkbox"/> Substance Abuse/Treatment <input type="checkbox"/> Worked, in WEP or in training for 33 months out of last 36 <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Continuous Job Search <input type="checkbox"/> Work Assignment <input type="checkbox"/> BEGIN Work Study (BWS) <input type="checkbox"/> Vocational Work Study (VOWS) <input type="checkbox"/> Vocational Training <input type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Employment Services & Placement (ESP) <input type="checkbox"/> Limited work assignment per HSS – indoors, clerical or light custodial only <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Substance Abuse Treatment <input type="checkbox"/> Non-Intensive Substance Abuse Treatment Program <input type="checkbox"/> Intensive Substance Abuse Treatment Program <input type="checkbox"/> HSS Rehabilitation Plan <input type="checkbox"/> PRIDE (Personal Roads for Individuals' Development to Employment) <input type="checkbox"/> POISED for Success (Perfect Opportunity for Individual Skills and Educational Development)

B. APPLICANT'S/PARTICIPANT'S CERTIFICATION

I understand that I am expected to attend each activity 100% of the time. I must complete each step of the plan. Failure to complete any activity may result in the loss of, or reduction in my Cash Assistance and/or SNAP benefits.

- 1. The plan incorporates your preferences to the extent possible.
- 2. The plan is unable to incorporate your preferences to the extent possible, because:
 - The type of assignment requested is unavailable
 - You seek to enroll in a disapproved program
 - You have already completed 12 months of education or training.
 - Other: _____

Applicant's/Participant's Signature: _____ Date: [] [] / [] [] / [] []

FIA Worker's Signature: _____ Date: [] [] / [] [] / [] []

EVALUACIÓN PARA SER EMPLEADO Y PLAN DE EMPLEO

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

I. EVALUACIÓN PARA SER EMPLEADO

A. ANTECEDENTES PERSONALES/FAMILIARES

Nombre: _____

Categoría: 1. FA 1. NCA SNAP Sexo 1. Femenino
 2. SN 2. Masculino

Número de Seguro Social [][][]-[][][]-[][][][][]

Número del Caso [][][][][][][][] - [][]

Número de Registro del Solicitante [][][][][][][][]

Fecha de Nacimiento: [][]/[][]/[][]

Número de Centro de Trabajo [][] Número de Local de SNAP [F][][][]

1. Idiomas: favor de marcar (✓) más abajo los idiomas que usted habla, lee o escribe.

Idioma	Habla [1]	Lee [1]	Escribe [1]
inglés			
español			
ruso			
francés/creol			
chino			
laociano			
hindi/urdu			
Otro idioma:			

2a. Desde 1996, ¿por cuántos meses ha estado usted en Asistencia Familiar (Asistencia en Efectivo)?

2b. Desde 1996, ¿por cuántos meses ha estado usted en Asistencia en Efectivo (Safety Net)?

3a. ¿Tiene usted actualmente un problema de alcohol o drogas? 1. Sí 2. No

3b. ¿Ha tenido usted alguna vez un problema de drogas y/o alcohol? 1. Sí 2. No

3c. ¿Ha recibido usted tratamiento para drogas y/o alcohol en los últimos cinco años? 1. Sí 2. No

4a. ¿Ha sido usted condenado(a) alguna vez de un delito mayor o menor? 1. Sí 2. No

4b. Si usted ha sido condenado de un delito mayor, ¿cuándo y por qué crímenes específicos fueron sus condenas?

Fecha de la Condena	Naturaleza del Delito

5a. ¿Estuvo usted alguna vez en cuidado adoptivo? 1. Sí 2. No

5b. Si la respuesta es Sí: ¿por cuántos años estuvo usted en cuidado adoptivo?

5c. ¿Cuál fue el último año que usted estuvo en cuidado adoptivo?

6a. ¿A qué edad tubo usted su primer hijo?

6b. ¿Cuántos niños en las siguientes edades viven con usted?

Menores de 1 año

De 1 a 2 años

De 3 a 4 años

De 5 a 12 años

De 13 a 17 años

De 18 a 21 años

6c. ¿Cuántos de sus hijos menores de 21 no viven con usted?

6d. ¿Cuántos de ellos reciben Asistencia en Efectivo? (Anote 9 si no lo sabe)

6e. SERVICIOS DE APOYO. Los costos de transportación y de cuidado infantil que puedan ser necesarios para que usted participe en su actividad pueden ser reembolsados por la Administración de la Independencia Familiar para niños menores de 13 años y niños menores de 18 con *necesidades especiales*. Favor de proporcionar la siguiente información para cada niño menor de 13 años (y entre 13 y 18 años si tienen *necesidades especiales*).

Marque aquí si no se necesitan costos de Cuidado Infantil

Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento del Niño Mes y Año	Cuidado Infantil Autorizado o Cuidado Informal	Número de Seguro Social del Proveedor de Cuidado Infantil	Arreglos Con o Sin Costos
a.	[][]/[][]	<input type="checkbox"/> 1. Autorizado <input type="checkbox"/> 2. Informal	[][][][]-[][][]-[][][][][]	<input type="checkbox"/> 1. Costo <input type="checkbox"/> 2. Sin Costo
b.	[][]/[][]	<input type="checkbox"/> 1. Autorizado <input type="checkbox"/> 2. Informal	[][][][]-[][][]-[][][][][]	<input type="checkbox"/> 1. Costo <input type="checkbox"/> 2. Sin Costo
c.	[][]/[][]	<input type="checkbox"/> 1. Autorizado <input type="checkbox"/> 2. Informal	[][][][]-[][][]-[][][][][]	<input type="checkbox"/> 1. Costo <input type="checkbox"/> 2. Sin Costo
d.	[][]/[][]	<input type="checkbox"/> 1. Autorizado <input type="checkbox"/> 2. Informal	[][][][]-[][][]-[][][][][]	<input type="checkbox"/> 1. Costo <input type="checkbox"/> 2. Sin Costo
e.	[][]/[][]	<input type="checkbox"/> 1. Autorizado <input type="checkbox"/> 2. Informal	[][][][]-[][][]-[][][][][]	<input type="checkbox"/> 1. Costo <input type="checkbox"/> 2. Sin Costo

7. Favor de listar el/los nombre(s) de cualquier persona **mayor(es) de 18 años de edad** quien(es) está(n) viviendo en su hogar [incluyéndose a usted mismo] e indique qué parentesco tiene(n) él/ella con la Cabeza del Caso utilizando los siguientes códigos.

CÓDIGOS DE PARENTESCO CON CABEZA DEL CASO					
01. Sí mismo	02. Hija	03. Hijo	04. Madre	05. Padre	06. Hermano
07. Hermana	08. Sobrino	09. Sobrina	10. Primo	11. Hijastro	12. Hijastra
13. Hijo de Crianza	14. Tía	15. Tío	16. Abuela	17. Abuelo	18. Cónyuge
19. Nieta	20. Nieto	21. Otro Pariente	22. Sin Parentesco		

1. _____ CÓDIGO [] [] 3. _____ CÓDIGO [] []
2. _____ CÓDIGO [] [] 4. _____ CÓDIGO [] []

8a. ¿Es usted un Veterano [Solamente Servicio Activo; dada de baja honorable o descargo]?

1. Sí, menos de o igual a 180 días 2. Sí, más de 180 días 3. Si NO – Salte a la Pregunta 9

8b. ¿Es usted un Veterano de Guerra?

1. Sí, identificado por OPM 2. Sí, era de Vietnam 2/28/61 – 5/7/75 3. Si No

8c. ¿Es usted un Veterano Incapacitado?

1. Sí, licenciado/descargado del servicio activo por incapacidad relacionada con el servicio
2. Sí, determinado 30% o más por DVA/10-20% incapacidad grave para empleo 3. No

8d. ¿Es usted un Veterano Recientemente Separado?

1. Sí, solicitó participación conforme al título 1 de WIA en los últimos de 48 meses 2. No

B. ANTECEDENTES EDUCATIVOS

9a. ¿Cuál es el grado más alto que usted completó en la escuela?

00. Ninguna Educación Formal	01. 1er Grado	02. 2ndo Grado	03. 3er Grado	04. 4to Grado
05. 5to Grado	06. 6to Grado	07. 7mo Grado	08. 8vo Grado	09. 9no Grado
10. 10mo Grado	11. 11vo Grado	12. Graduado de Escuela Secundaria	13. GED	14. Escuela Profesional
15. 1er Año de Universidad	16. Alguna Universidad (Sin Título)	17. Título Asociado	Título Universitario	Escuela de Graduados

9b. ¿Tiene usted un Diploma de Secundaria o GED? 1. Sí 2. No

10a. ¿Ha usted participado alguna vez en un programa educacional o de capacitación? 1. Sí 2. No

SI SÍ:

10b. ¿A cuántos programas educacionales o de capacitación ha usted asistido en los últimos 3 años? [] []

10c. ¿Cuántos de estos programas completó usted? [] []

10d. ¿Por cuánto tiempo participó usted (total)? ____ meses. [] []

10e. ¿Cuál es el nombre del último programa que usted completó? _____

10f. ¿Qué aptitudes educacionales o profesionales adquirió usted? _____

10g. ¿Cuándo completó usted el último programa educacional o de capacitación? [] [] / [] [] / [] []

A ser llenado al recibir del Contratista los resultados del examen

11a. Nivel de Lectura: grado .

11c. Tres aptitudes principales profesionales: _____

11b. Aptitudes Matemáticas: grado .

12. Si el inglés no es su idioma principal, asistió usted alguna vez a un curso de inglés como segundo idioma (ESL)?

1. Sí 2. No 3. No Corresponde – el inglés es mi idioma principal

C. EXPERIENCIA LABORAL

13a. ¿Está usted actualmente empleado? 1. Sí 2. No 3. Nunca he sido empleado

13b. Si Sí: ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted?

13c. ¿Cuánto es su salario antes de los impuestos y otras deducciones? \$, .

13c1. ¿Este salario se paga? [Favor de marcar la casilla correcta]

1. Anualmente 3. Dos veces al mes 5. Semanalmente
 2. Mensualmente 4. Cada dos semanas 6. A Diario: ¿Cuántos días a la semana trabaja usted?
 7. Por Hora: ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted?

13d. Si NO: ¿Por qué razón dejó usted su último trabajo?

1. Renunció 2. Despido 3. Dado de alta 4. Fin de trabajo 5. Other: _____

14a. ¿Cuántos trabajos a tiempo completo ha tenido usted en los últimos 3 años, incluyendo el actual [si usted está empleado]?

1. Ninguno 2. 1 – 2 3. 3 – 4 4. 5 o más

14b. Favor de llenar lo siguiente para cada trabajo que usted tuvo en los últimos 3 años.

Tipo de Trabajo	Salario Devengado	Fecha de Comienzo	Fecha Final
		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>

14c. ¿Tenía usted seguro de salud en su último trabajo? 1. Sí 2. No

14d. ¿Tenía usted cobertura de Seguro de Desempleo – UIE – en su último trabajo? 1. Sí 2. No

SI USTED TRABAJA 30 HORAS O MÁS, PASE A LA SECCIÓN II

15a. ¿Ha participado usted en el programa de WEP en los últimos tres años? 1. Sí 2. No

15b. Si sí, por cuántos meses participó usted en WEP? meses

D. APTITUDES DE TRABAJO

16. ¿Qué aptitudes de trabajo posee usted? Marque (✓) todo lo que corresponda:

Mantenimiento	Servicios Humanos	Trabajos de Oficina y Otros
<input type="checkbox"/> Conserje	<input type="checkbox"/> Cuidado de Belleza	<input type="checkbox"/> Deberes de Oficina
<input type="checkbox"/> Mecánico	<input type="checkbox"/> Cuidado Infantil	<input type="checkbox"/> Tecnología de Computadoras
<input type="checkbox"/> Servicio de Comida	<input type="checkbox"/> Cuidado de Salud	<input type="checkbox"/> Ingreso de datos
<input type="checkbox"/> Doméstico	<input type="checkbox"/> Ayudante de Escuela	<input type="checkbox"/> Recepcionista
<input type="checkbox"/> Mantenimiento de Edificios	<input type="checkbox"/> Trabajo de Hospital	<input type="checkbox"/> Elaboración de Textos
<input type="checkbox"/> Seguridad	<input type="checkbox"/> Cuidado del Hogar	<input type="checkbox"/> Mensajero
<input type="checkbox"/> Otra aptitud: _____	<input type="checkbox"/> Chofer/taxi	<input type="checkbox"/> Ventas
	<input type="checkbox"/> Otra aptitud _____	<input type="checkbox"/> Otra aptitud _____

Otras Aptitudes Laborales: _____

17. ¿Posee usted alguna licencia o certificado profesional? 1. Sí 2. No

17a. Si Sí, ¿qué tipo de licencia o certificado? Marque (✓) todo lo que corresponda

1. Licencia de Conducir 2. Licencia de Enfermería Práctica 3. Certificado de Servicio de Comida
 4. Otra licencia o certificado: Especifique _____

E. PREFERENCIAS DE CAPACITACIÓN LABORAL E INTERESES PROFESIONALES:

18. ¿Cuáles son sus preferencias de capacitación e intereses profesionales? Marque ✓ todo lo que corresponda:

Mantenimiento	Servicios Humanos	Trabajos de Oficina y Otros
<input type="checkbox"/> Conserje	<input type="checkbox"/> Cuidado de Belleza	<input type="checkbox"/> Deberes de Oficina
<input type="checkbox"/> Mecánico	<input type="checkbox"/> Cuidado Infantil	<input type="checkbox"/> Tecnología de Computadoras
<input type="checkbox"/> Servicio de Comida	<input type="checkbox"/> Cuidado de Salud	<input type="checkbox"/> Ingreso de datos
<input type="checkbox"/> Doméstico	<input type="checkbox"/> Ayudante de Escuela	<input type="checkbox"/> Recepcionista
<input type="checkbox"/> Mantenimiento de Edificios	<input type="checkbox"/> Trabajo de Hospital	<input type="checkbox"/> Elaboración de Textos
<input type="checkbox"/> Seguridad	<input type="checkbox"/> Cuidado del Hogar	<input type="checkbox"/> Mensajero
<input type="checkbox"/> Otra aptitud: _____	<input type="checkbox"/> Chofer/taxi	<input type="checkbox"/> Ventas
	<input type="checkbox"/> Otra aptitud _____	<input type="checkbox"/> Otra aptitud: _____

F. PREFERENCIAS DE TRABAJO (Seleccione una opción de cada una de las Secciones 1 y 2 más abajo)

<p>Sección 1. COMPONENTES DE ACTIVIDAD DE TRABAJO</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Programa de Experiencia Laboral (WEP) – como actividad única</p> <p><input type="checkbox"/> 2. WEP + Capacitación Profesional</p> <p><input type="checkbox"/> 3. WEP + Educación</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Capacitación y/o Educación</p>	<p>2. CATEGORÍAS DE TRABAJO PREFERIDAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mantenimiento</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Servicios Humanos</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Trabajo de Oficina</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Conductor u Otro</p>
---	---

II. EMPLOYMENT PLAN (FOR OFFICE USE ONLY)

A. CHECK (✓) IN SECTION 1, 2, 3 and 4 ALL THAT APPLY. If the participant is exempt from work rules, check reason for exemption in Section 1 (for FA & SNA) or 2 (for NCA SNAP participants).

<p>Section 1 (FA & SNA only) EXEMPT BECAUSE</p> <p><input type="checkbox"/> Disabled (temporary)</p> <p><input type="checkbox"/> Disabled (permanent)</p> <p><input type="checkbox"/> Age 60 or over</p> <p><input type="checkbox"/> Needed to care for sick household member</p> <p><input type="checkbox"/> Domestic Violence Waiver</p> <p><input type="checkbox"/> Substance Abuse Evaluation Pending</p> <p><input type="checkbox"/> Medical Evaluation Pending</p> <p><input type="checkbox"/> Pregnant 8 months or more or Child under 4 months</p> <p><input type="checkbox"/> NA - Works 30 hours or more</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p>	<p>Section 2 (NCA SNAP only) EXEMPT BECAUSE</p> <p><input type="checkbox"/> Under 18 years</p> <p><input type="checkbox"/> Over 60 years</p> <p><input type="checkbox"/> Over age 50 years (ABAWD only)</p> <p><input type="checkbox"/> Child under age 18 years (ABAWD only)</p> <p><input type="checkbox"/> Child under age 6</p> <p><input type="checkbox"/> Pregnant</p> <p><input type="checkbox"/> Applied for or receiving UIB</p> <p><input type="checkbox"/> Applying for SSI</p> <p><input type="checkbox"/> Medical Disability</p> <p><input type="checkbox"/> Mental Disability</p> <p><input type="checkbox"/> Substance Abuse/Treatment</p> <p><input type="checkbox"/> Worked, in WEP or in training for 33 months out of last 36</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p>	<p>Section 3 ASSIGNMENTS</p> <p><input type="checkbox"/> Continuous Job Search</p> <p><input type="checkbox"/> Work Assignment</p> <p><input type="checkbox"/> BEGIN Work Study (BWS)</p> <p><input type="checkbox"/> Vocational Work Study (VOWS)</p> <p><input type="checkbox"/> Vocational Training</p> <p><input type="checkbox"/> Education</p> <p><input type="checkbox"/> Employment Services & Placement (ESP)</p> <p><input type="checkbox"/> Limited work assignment per HSS – indoors, clerical or light custodial only</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p>	<p>Section 4 REHABILITATION PLAN (FA & SNA only)</p> <p><input type="checkbox"/> Substance Abuse Treatment</p> <p><input type="checkbox"/> Non-Intensive Substance Abuse Treatment Program</p> <p><input type="checkbox"/> Intensive Substance Abuse Treatment Program</p> <p><input type="checkbox"/> HSS Rehabilitation Plan</p> <p><input type="checkbox"/> PRIDE (Personal Roads for Individuals' Development to Employment)</p> <p><input type="checkbox"/> POISED for Success (Perfect Opportunity for Individual Skills and Educational Development)</p>
--	--	---	--

B. APPLICANT'S/PARTICIPANT'S CERTIFICATION

I understand that I am expected to attend each activity 100% of the time. I must complete each step of the plan. Failure to complete any activity may result in the loss of, or reduction in my Cash Assistance and/or SNAP benefits.

- 1. The plan incorporates your preferences to the extent possible.
- 2. The plan is unable to incorporate your preferences to the extent possible, because:
 - The type of assignment requested is unavailable
 - You seek to enroll in a disapproved program
 - You have already completed 12 months of education or training.
 - Other: _____

Applicant's/Participant's Signature: _____ Date: [] [] / [] [] / [] []

FIA Worker's Signature: _____ Date: [] [] / [] [] / [] []

MEMORANDUM

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.

Date: _____

To: Center Director _____

Job Center# _____

From: _____, Regional Manager

Subject: Employment in Senior Aides Program

Case Name:
CN:
SSN:

SAMPLE

Please be advised that the above-referenced participant is employed in the Senior Aides Program grossing \$103.00 a week.

The participant will receive his/her first two-week gross paycheck for on _____ and has been instructed not to access any benefits after _____.

Use WMS coding code E33 in CNS to close the case effective _____.

Be sure to exempt all of the employment income from the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) budget and after the case for a separate SNAP determination as discussed in Policy Directive 99-10RR.

If you have any questions, you may call the Senior Aides Program at: (718) 237-2602/5783.

Thank you for your attention in this matter.

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Case Type: _____
Center: _____
Caseload: _____
Action Code: _____

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 the second of two envelopes being sent to you today about your Cash Assistance and/or SNAP benefits. It contains the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B).

You should have received the first envelope containing the date and time of an appointment scheduled for you, along with other important information.

Your appointment is scheduled for:

Appointment date: _____ Time: _____ Telephone: _____
Location name: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

This is a mandatory appointment. Failure to keep this appointment may result in loss of benefits.

If you have a child care provider, have him/her complete the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B) and bring it with you to your appointment.

If you did NOT receive the appointment letter, or if you cannot keep the appointment, call us immediately at the telephone number shown above.

Enclosure: Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B)

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Tipo del caso: _____
Centro: _____
Unidad de Casos: _____
Código de Acción: _____

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.

Este es el segundo de dos sobres que se les han enviado how acerca de su Asistencia en Efectivo y/o sus beneficios de SNAP. Dicho sobre contiene el Formulario de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]).

Usted ya debió haber recibido el primer sobre con la hora y fecha de su cita, junto a otros datos de importancia.

Su cita está programada para:

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

Nombre de la Localidad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Esta cita es obligatoria. El no acudir a ella puede resultar en la pérdida de beneficios.

Si tiene un proveedor de cuidado infantil, entréguele la Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (**W-273B [S]**) para que dicho proveedor la llene y usted la traiga a su cita.

Si **NO** recibe el aviso de cita o si no puede acudir a ella, llámenos inmediatamente al número de teléfono que aparece arriba.

Adjunto: Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (**W-273B [S]**).