



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 # 12-89-OPE

(This Policy Bulletin obsoletes PB # 05-100-OPE, PB #09-49-OPE, PB #09-63-OPE and CD 88-140)

REVISIONS TO FORMS W-137A AND W-137B

Date: August 28, 2012	Subtopic: Requests for Additional Needs
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center staff that the following forms have been revised:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or Adding a Person to the Case (For Participants Only) (W-137A) • Action Taken on your Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or Adding a Person to the Case (For Participants Only) (W-137B) <p>Revisions to Form W-137A are as follows:</p> <p>Page 1</p> <p>The title of the form has been modified to include the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “or Adding a Person to the Case”. The title now reads: Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or Adding a Person to the Case <p>A footnote has been added to the bottom of the page:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Worker: Scan and Index this completed form and give the signed original back to the participant)”. JOS/Workers should, after the participant’s signature has been captured in POS, print a copy of the form out and give it to the participant. <p>Page 2</p> <p>The following subheading was added to the continuation of Section II:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Section II: Additional Allowances (Continued) I am requesting the following allowance(s) for special need(s)”. <p>Section III has been reformatted.</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

Section IV has been revised to include three new options:

- **“Spouse** who previously applied and was denied because immigration status and his/her status has changed now (this person does not need to complete another application/recertification)”.
- **“Myself/ Adult payee to the case”**.
- **“Child under 18 years of age** (whose immigrant status has changed since my last application/recertification)”

The **“Adult living with me** (this person must complete an application to receive assistance)”option in Section IV was revised to now read:

- **“Spouse/Adult living with me** who has not previously applied (this person must complete an application to receive assistance)”.

Revisions to Form **W-137B** are as follows:

The title was modified to reflect the changes to form **W-137A** by including “or Adding a Person to the Case”.


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

Samples of the forms are attached.

Effective Immediately

Attachments:

- | | |
|-------------------|---|
| W-137A | Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or Adding a Person to the Case (For Participants Only) (Rev. 8/28/12) |
| W-137A (S) | Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or Adding a Person to the Case (For Participants Only) (Rev. 8/28/12) (Spanish) |
| W-137B | Action Taken on Your Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or Adding a Person to the Case (For Participants Only) (Rev. 8/28/12) |
| W-137B (S) | Action Taken on Your Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or Adding a Person to the Case (For Participants Only) (Spanish) (Rev. 8/28/12) |

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Date: _____
Case Name: _____
Case Number: _____
Caseload: _____
Center: _____
Worker Telephone No.: _____
FH&C Telephone No.: _____

Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or Adding a Person to the Case (For Participants Only), or Adding a Person to an Active Cash Assistance Case

Please fill out this form if you need emergency assistance, additional allowances, or to add a person to the case.

Remember:

- (1) You may be asked for proof of what you tell us. If you have trouble obtaining proof, your Worker must help you.
- (2) You may still need to see your Worker. If you do, you will be given an appointment.

SECTION I: EMERGENCY ASSISTANCE

The type of emergency assistance I am requesting is:

SAMPLE

The reason I need emergency assistance is:

SECTION II: ADDITIONAL ALLOWANCES

I am requesting the following allowance(s) for special need(s):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Back rent | <input type="checkbox"/> Additional allowance for fuel |
| <input type="checkbox"/> Repair of essential household items | <input type="checkbox"/> Additional allowance to maintain or restore utility service |
| <input type="checkbox"/> Back mortgage and/or taxes | <input type="checkbox"/> Property repairs |
| <input type="checkbox"/> Pregnancy allowance | <input type="checkbox"/> Replacement of clothing lost as a result of a disaster such as homelessness or fire |
| <input type="checkbox"/> Restaurant allowance because I cannot prepare meals where I am living | <input type="checkbox"/> Other: |
| <input type="checkbox"/> Burial allowance – you or your duly authorized representative must apply for this allowance at the Burial Claims Unit
25 Chapel Street, Room 606
Brooklyn, NY 11201
Telephone: (718) 473-8310 | |

(Worker: Scan and Index this completed form and give the signed original back to the participant.)

SECTION II: ADDITIONAL ALLOWANCES (Continued)

I am requesting the following allowance(s) for special need(s):

<p>Expenses related to moving:</p> <p><input type="checkbox"/> Moving expenses</p> <p><input type="checkbox"/> Security deposit/agreement</p> <p><input type="checkbox"/> Broker's/finder's fee/voucher</p> <p><input type="checkbox"/> Furniture and other household items</p> <p><input type="checkbox"/> Storage of furniture and personal belongings</p>	<p>New Address: _____ (include apt. no.)</p> <p>_____ City _____ State _____ Zip Code</p> <p>When did you move? _____ New rent: \$ _____</p> <p>Landlord's name: _____</p> <p>Primary tenant's name: _____</p> <p>Address: _____ (include apt. no.)</p> <p>_____ City _____ State _____ Zip Code</p>
---	--

SECTION III: WORK ACTIVITY-RELATED SUPPORTIVE SERVICES

I am requesting the following supportive services:

- | | |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Clothing for participants in job search activities who have exceptional circumstances, such as homelessness or a recent fire and lack of appropriate clothing</p> <p><input type="checkbox"/> Activity/engagement-related licensing, uniform or durable goods fee within approved limits, upon submission of documentation certifying the need for such items</p> | <p><input type="checkbox"/> Child care allowance within approved limits, if needed</p> <p><input type="checkbox"/> Necessary public transportation</p> <p><input type="checkbox"/> Other work activity-related supportive services: _____</p> |
|--|---|

WEP agencies and/or contractors are responsible for providing necessary safety equipment or job-related clothing for their participants.

Necessary supportive services will be provided when you begin a work activity. If your needs change or if you are not receiving a needed service, you should apply for an additional allowance.

SECTION IV: ADD PERSON TO CASE

If you do not have all this information, you can still submit this form to your Worker.

I want to add the following person(s) to my cash assistance case:

<p><input type="checkbox"/> New Baby</p> <p><input type="checkbox"/> Child entered home</p> <p><input type="checkbox"/> Child under 18 years of age (whose immigrant status has changed since my last application/recertification)</p> <p><input type="checkbox"/> Spouse/Adult living with me who has not previously applied (this person must complete an application to receive assistance)</p> <p><input type="checkbox"/> Spouse who previously applied and was denied because immigration status and his/hers status have changed now (this person does not need to complete another application/recertification)</p> <p><input type="checkbox"/> Myself/Adult payee to the case</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p>	<p>Name: _____</p> <p>Date moved in/returned: _____</p> <p>Date of Birth: _____</p> <p>Social Security Number (if known): _____</p> <hr/> <p>Name: _____</p> <p>Date moved in/returned: _____</p> <p>Date of Birth: _____</p> <p>Social Security Number (if known): _____</p> <hr/> <p>Name: _____</p> <p>Date moved in/returned: _____</p> <p>Date of Birth: _____</p> <p>Social Security Number (if known): _____</p>
---	---

Participant's Signature _____	Date of Request _____	Time of Request _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Worker's Signature _____	Date _____	

Fecha: _____
Nombre del Caso: _____
Número del Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Centro: _____
Núm. de Teléfono del Trabajador: _____
Núm. de Tel. del FH&C: _____

Petición para Asistencia de Emergencia, Asignaciones Adicionales, o Añadidura de una Persona al Caso (Sólo para Participantes), o Añadidura de una Persona a un Caso Activo de Asistencia en Efectivo

Favor de completar este formulario si necesita asistencia de emergencia, asignaciones adicionales, o añadidura de una persona al caso.

Recuerde:

- (1) Puede que se le pida prueba de los datos que nos proporcione. Si tiene problemas en obtener pruebas, su Trabajador tiene que ayudarlo.
- (2) Puede que aún necesite reunirse con su Trabajador. En tal caso, se le programará una cita.

SECCIÓN I: ASISTENCIA DE EMERGENCIA

El tipo de asistencia de emergencia que estoy solicitando es:

SAMPLE

La razón por la cual necesito asistencia de emergencia es la siguiente:

SECCIÓN II: ASIGNACIONES ADICIONALES

Estoy solicitando la(s) siguiente(s) asignación(es) para necesidad(es) especial(es):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alquiler atrasado | <input type="checkbox"/> Asignación adicional para combustible |
| <input type="checkbox"/> Reparación de artículos del hogar de primera necesidad | <input type="checkbox"/> Asignación adicional para mantener o restaurar servicios de electricidad y gas |
| <input type="checkbox"/> Hipoteca y/o impuestos atrasados | <input type="checkbox"/> Reparaciones a la propiedad |
| <input type="checkbox"/> Asignación para embarazo | <input type="checkbox"/> Reemplazo de ropa perdida a raíz de desastres tal como desamparo o incendio |
| <input type="checkbox"/> Asignación para restaurante porque no puedo preparar comidas donde estoy viviendo | <input type="checkbox"/> Otras asignaciones: |
| <input type="checkbox"/> Asignación para entierros – usted o su representante debidamente autorizado debe solicitar esta asignación en la Unidad de Reclamos de Entierro
25 Chapel Street, Sala 606
Brooklyn, NY 11201
Teléfono: (718) 473-8310 | |

(Trabajador: Haga una copia electrónica [scan] de este formulario y incluya el formulario en el Índice y luego devuelva la copia original al participante.)

SECCIÓN II: ASIGNACIONES ADICIONALES (continuación)

Estoy solicitando la(s) siguiente(s) asignación(es) para necesidad(es) especial(es):

Gastos relacionados con la mudanza::

- Gastos de mudanza
- Depósito/acuerdo de garantía
- Pago de comisión/comprobante de agente
- Muebles y otros artículos del hogar
- Almacenamiento de muebles y artículos personales

Nueva Dirección: _____
(con núm. de apto.)

Ciudad Estado Código Postal

¿Cuándo se mudó? _____ Nuevo alquiler: \$ _____

Nombre del casero: _____

Nombre del inquilino principal: _____

Dirección: _____
(con núm. de apto.)

Ciudad Estado Código Postal

SECCIÓN III: SERVICIOS DE APOYO RELACIONADOS CON ACTIVIDADES DE TRABAJO

Estoy solicitando los siguientes servicios de apoyo:

- Ropa para participantes que realicen actividades relacionadas a la búsqueda de trabajo, que se encuentren en situaciones **fuera de lo común**, tales como desahucio o incendio reciente y no tener la vestimenta adecuada.
- Asignación de cuidado infantil dentro de los límites aprobados, de ser necesario
- Cuota de autorización, relacionada con actividad/participación, de uniformes o bienes duraderos dentro de los límites aprobados, a la hora de presentar la documentación que compruebe la necesidad de dichos artículos
- Transporte público necesario
- Otros servicios de apoyo relativos a actividades de trabajo: _____

Las agencias de WEP y/o los contratistas tienen la responsabilidad de proporcionar a sus participantes la ropa o el equipo de seguridad necesarios para el trabajo.

Se brindarán los servicios necesarios cuando usted empiece una actividad de trabajo. Si se produce algún cambio en sus necesidades, o si usted no está recibiendo un servicio necesario, debería solicitar una asignación adicional.

SECCIÓN IV: AÑADA A UNA PERSONA AL CASO

Si usted no tiene toda esta información, puede presentar este formulario a su Trabajador de todos modos.

Deseo añadir a la(s) siguientes personas a mi caso de asistencia en efectivo:

- Recién nacido
- Niño ingresó al hogar
- Niño menor de 18 años de edad (cuyo estado de inmigración haya cambiado desde mi última solicitud/recertificación)
- Cónyuge/Adulto que viva conmigo quien no haya presentado solicitud anteriormente (para recibir asistencia dicha persona debe llenar una solicitud)
- Cónyuge quien anteriormente haya presentado solicitado y haya sido rechazado por su estado de inmigración y cuyo estado haya cambiado (dicha persona no necesita llenar otra solicitud/recertificación)
- Yo mismo(a)/Beneficiario adulto al caso
- Otra Persona _____
- Otra Persona _____
- Otra Persona _____

Nombre: _____

Fecha de mudanza/regreso: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social (si lo sabe): _____

Nombre: _____

Fecha de mudanza/regreso: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social (si lo sabe): _____

Nombre: _____

Fecha de mudanza/regreso: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social (si lo sabe): _____

Firma del Participante

Fecha de la Petición

Hora de la Petición

AM PM

Firma del Trabajador

Fecha

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Caseload: _____
Worker Telephone No.: _____
FH&C Telephone No.: _____

Action Taken on Your Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or Adding a Person to the Case (For Participants Only)

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

This Notice applies only to your request for an additional allowance to meet a special need, a change in grant, or an application for emergency assistance. If your request for additional assistance is denied, your ongoing Cash Assistance case will not be affected.

On _____, you requested Emergency Assistance Additional Allowance for:
(Date)

SAMPLE

- Your request for _____ has been accepted. You will receive:
- One payment in the amount of \$ _____ . Period covered, if applicable: _____

Method of payment:

- Broker's or finder's fee/voucher Check to be picked up by you at your Job Center Check mailed to your home
- As an addition to your regular public grant, which can be obtained through the EBT system Security deposit agreement Direct vendor check
- Other action: _____
- You will receive a second notice informing you as to how your ongoing benefits will be affected.

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

On _____, you were referred to the Burial Claims Unit at 25 Chapel Street, Room 606, Brooklyn, NY 11201, (718) 473-8310, to apply for a burial allowance.

Your request for _____ has been denied because:

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR (please see the section numbers below):

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Addition to Household § 352.30 | <input type="checkbox"/> Additional Allowance for Fuel § 352.5 | <input type="checkbox"/> Back Mortgage and/or Taxes § 352.7(g) | <input type="checkbox"/> Back Rent § 352.7(g) |
| <input type="checkbox"/> Broker's or Finder's Fee/Voucher § 352.6(a) | <input type="checkbox"/> Catastrophic Loss (replacement of clothing and furniture lost in fire, flood or other disaster) § 352.7(d) | <input type="checkbox"/> Furniture and Other Household Items § 352.7(a) | <input type="checkbox"/> Moving Expenses § 352.6(a) |
| <input type="checkbox"/> Payment to Maintain or Restore Utility Services § 352.5 | <input type="checkbox"/> Pregnancy Allowance § 352.7(k) | <input type="checkbox"/> Property Repairs § 352.4(d), § 352.6(e) | <input type="checkbox"/> Rent Security Deposit/ Letter of Guarantee § 352.6(a) |
| <input type="checkbox"/> Repair of Essential Household Items § 352.7(b) | <input type="checkbox"/> Restaurant Allowance § 352.7(c) | <input type="checkbox"/> Semimonthly Fuel for Heating Allowance § 352.5(b) | <input type="checkbox"/> Storage of Furniture and Personal Belongings § 352.6(f) |
| <input type="checkbox"/> Work Activity Related Supportive Services § 385.4 | | | |
- Other (specify): _____

JOS/Worker's Signature

Date

Supervisor's Signature

Date

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

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

STATE FAIR HEARING

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

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

FAIR HEARING REQUEST

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

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline. **Note:** If your situation is extremely serious please explain your situation; the State will attempt to process your request for a Fair Hearing as quickly as possible. If you call to request a Fair Hearing, please be prepared to explain your situation to the person who answers the phone.

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

SAMPLE

Print Name: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Unidad de Casos: _____
Núm. de Teléfono del Trabajador: _____
Núm. de Teléfono de FH&C: _____

Medidas Tomadas con Respecto a su Petición de Asistencia de Emergencia, Asignaciones Adicionales, o Añadidura de una Persona al Caso (Sólo para Participantes)

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

Este Aviso sólo se refiere a su petición de una asignación adicional para satisfacer una necesidad específica, un cambio en la concesión o una solicitud de asistencia de emergencia. Si su petición de asistencia adicional es rechazada, su caso actual de Asistencia en Efectivo no será afectado.

El _____, usted solicitó Asistencia de Emergencia Asignación Adicional para:
(Fecha)

SAMPLE

Su solicitud de _____, ha sido aceptada. Usted recibirá:

Un pago por la cantidad de \$ _____. Período de cobertura, si corresponde: _____.

Método de pago:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pago/comprobante de agente o intermediario | <input type="checkbox"/> Cheque que debe ser recogido por usted en su Centro de Trabajo | <input type="checkbox"/> Cheque enviado por correo a su hogar |
| <input type="checkbox"/> Un suplemento a su concesión pública usual, que se puede obtener a través del sistema de EBT | <input type="checkbox"/> Acuerdo de depósito de garantía | <input type="checkbox"/> Cheque directo al contratista |

Otra medida: _____

Usted recibirá un segundo aviso informándole de cómo serán afectados sus beneficios actuales.

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

El _____, usted fue enviado a la Unidad de Reclamos de Sepultura (Burial Claims Unit) en 25 Chapel Street, Sala 606, Brooklyn, NY 11201, (718) 473-8310, para solicitar una asignación de sepultura.

Su petición de _____ ha sido rechazada debido a que:

La(s) ley(es) y/o reglamento(s) que nos permite(n) hacer esto es/son 18 NYCRR (favor de ver la sección a continuación):

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agregar una Persona al Hogar § 352.30 | <input type="checkbox"/> Asignación Adicional para Combustible § 352.5 | <input type="checkbox"/> Pagos Atrasados de Hipoteca y/o Impuestos § 352.7(g) | <input type="checkbox"/> Alquiler Atrasado § 352.7(g) |
| <input type="checkbox"/> Pago/Comprobante de Agente o Intermediario de Bienes Raíces §352.6(a) | <input type="checkbox"/> Pérdida Catastrófica (reemplazo de ropa y muebles perdidos por un fuego, inundación u otro desastre) § 352.7(d) | <input type="checkbox"/> Muebles y Otros Artículos Domésticos § 352.7(a) | <input type="checkbox"/> Gastos de Mudanza § 352.6(a) |
| <input type="checkbox"/> Pagos para Mantener o Restaurar Servicios de Electricidad y Gas § 352.5 | <input type="checkbox"/> Asignación para Embarazo §352.7(k) | <input type="checkbox"/> Reparaciones a la Propiedad § 352.4(d), § 352.6(e) | <input type="checkbox"/> Depósito de Garantía de Alquiler/Carta de Garantía § 352.6(a) |
| <input type="checkbox"/> Reparaciones de Artículos Domésticos Indispensables §352.7(b) | <input type="checkbox"/> Asignación para Restaurante § 352.7(c) | <input type="checkbox"/> Asignación Quincenal de Combustible para Calefacción § 352.5(b) | <input type="checkbox"/> Almacenamiento de Muebles y Pertenencias Personales § 352.6(f) |
| <input type="checkbox"/> Actividad de Trabajo Relacionada con Servicios de Apoyo § 385.4 | | | |

SAMPLE

Otros (datos específicos): _____

Firma del JOS/Trabajador

Fecha

Firma del 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 **página uno (1)** de este aviso, o escríbanos a la dirección que también aparece en la **página uno (1)** 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 número: **(518) 473-6735**.

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

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

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

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

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

