



# 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 #12-90-OPE

### REVISIONS TO FORMS EXP-75, EXP-76G, EXP-79H, EXP-80R, EXP-84DD, EXP-84HH, EXP-85JJ, EXP-85MM, EXP-85PP, EXP-908T, EXP-908T Insert, and W-205GG

<p><b>Date:</b> August 28, 2012</p>	<p><b>Subtopic:</b> Forms</p>
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all Non Cash Assistance Food Stamp (NCA FS) Center staff 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 for this change, which is effective August 29, 2012 the forms listed below have been revised:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grant Diversion program Letter (<b>EXP-75</b>)</li> <li>• Grant Diversion Program Statement of Understanding (<b>EXP-76G</b>)</li> <li>• Cash Benefits to Homebound Individuals (<b>EXP-79H</b>)</li> <li>• Referral to Department of Parks and Recreation (<b>EXP-80R</b>)</li> <li>• Mandatory Job Fair Notice (<b>EXP-84DD</b>)</li> <li>• Homebound Review Project/Notice of Decision on Your Request for a Review (<b>EXP-84HH</b>)</li> <li>• Important Information About Child Only Grants (<b>EXP-85JJ</b>)</li> <li>• Notice to Report to Center (<b>EXP-85MM</b>)</li> <li>• Veteran's Child Support Letter (<b>EXP-85PP</b>)</li> <li>• Notice of Video Conference Recertification Appointment (<b>EXP-908T</b>)</li> <li>• Notice of Video Conference Recertification Appointment (<b>EXP-908T</b>) Insert</li> <li>• POS Applicant Interview Guide (<b>W-205GG</b>)</li> </ul>


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

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

Samples of the forms are attached.

*Effective Immediately*

**Attachments:**

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

<b>EXP-75</b>	Grant Diversion program Letter (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-75 (S)</b>	Grant Diversion program Letter (Spanish) (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-76G</b>	Grant Diversion Program Statement of Understanding (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-76G (S)</b>	Grant Diversion Program Statement of Understanding (Spanish) (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-79H</b>	Cash Benefits to Homebound Individuals (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-79H (S)</b>	Cash Benefits to Homebound Individuals (Spanish) (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-80R</b>	Referral to Department of Parks and Recreation (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-84DD</b>	Mandatory Job Fair Notice (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-84DD (S)</b>	Mandatory Job Fair Notice (Spanish) (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-84HH</b>	Homebound Review Project/Notice of Decision on Your Request for a Review (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-84HH (S)</b>	Homebound Review Project/Notice of Decision on Your Request for a Review (Spanish) (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-85JJ</b>	Important Information About Child Only Grants (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-85MM</b>	Notice to Report to Center (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-85MM (S)</b>	Notice to Report to Center (Spanish) (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-85PP</b>	Veteran's Child Support Letter (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-85PP (S)</b>	Veteran's Child Support Letter (Spanish) (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-908T</b>	Notice of Video Conference Recertification Appointment (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-908T (S)</b>	Notice of Video Conference Recertification Appointment (Spanish) (Rev. 8/28/12)
<b>EXP-908T Insert</b>	Notice of Video Conference Recertification Appointment Insert (Rev. 8/28/12)

<b>EXP-908T</b>	Notice of Video Conference Recertification
<b>Insert (S)</b>	Appointment Insert (Spanish) (Rev. 8/28/12)
<b>W-205GG</b>	POS Applicant Interview Guide (Rev. 8/28/12)
<b>W-205GG (S)</b>	POS Applicant Interview Guide (Spanish) (Rev. 8/28/12)

Date: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_

### Grant Diversion Program Letter

**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 been selected to participate in the \_\_\_\_\_ . You will be placed in a wage-subsidized, temporary job. Enclosed is a Notice of Job Interview, which will offer you a new opportunity to become employed.

Please note that this is a **temporary and transitional job**. As a condition of your acceptance, you are required to participate in mandatory, \_\_\_\_\_ job search activities which will be provided by the employer to enable you to make the transition into permanent employment.

Please report for orientation and processing on the date, time, and at the location indicated on the enclosed notice. Travel directions are also included in the notice. If you have a resume, high school diploma or GED, and/or any professional certificates, bring those with you. You **must** bring with you:

- a Government-issued valid photo identification which may include: a state-issued identification card or license, naturalization papers with photo, certificate of U.S. citizenship, U.S. passport, or an HRA EBT card.
- an Alien Registration Card, if you are a legal permanent resident.
- a Social Security card **or** letter for Social Security Administration indicating that you have applied for a replacement card and a copy of your birth certificate.
- a letter of disposition for each crime that you were convicted of, including both open and closed cases and any out-of state convictions.
- valid and current documentation from your doctor if you are unable to work due to medical reasons.

If you are currently in a BTW or WEP activity, give a copy of this letter and the enclosed notice to your Supervisor.

**This is a mandatory engagement appointment.** Failure to report to orientation on the appointment date may result in a reduction of your Cash Assistance and Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits. If you have any questions, or are unable to keep this appointment, please call the telephone number indicated on the enclosed notice.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Tipo del Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

### Carta del Programa de Reasignación

**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 sido seleccionado(a) para participar en el \_\_\_\_\_.  
Usted será colocado(a) en un trabajo temporario con salario subsidiado. Hemos incluido un Aviso para Entrevista de Empleo, el cual le ofrecerá una nueva oportunidad de conseguir empleo.

Por favor note que este es **un empleo temporario y de transición**. De haber sido seleccionado(a), usted debe participar en actividades obligatorias, \_\_\_\_\_ de búsqueda de empleo las cuales serán proveídas por el empleador para facilitar su traslado a un empleo permanente.

Favor de presentarse para orientación y procesamiento en la fecha, hora y local indicados en el aviso adjunto. Las instrucciones de viaje también están incluidas en el aviso. Si usted tiene un currículum, diploma de bachiller o GED y/o cualquier certificado profesional disponibles, tráigalos consigo. ~~Usted tiene que~~ traer consigo:

- identificación fotográfica válida expedida por el gobierno que puede incluir: Identificación del estado de no conductor o una licencia de conducir del estado, documentos de naturalización con foto, certificado de ciudadanía de EE.UU, pasaporte de EE.UU, tarjeta de EBT de la HRA, o tarjeta de residencia permanente.
- tarjeta de Registro de Extranjeros si usted es residente legal permanente.
- tarjeta de Seguro Social o carta de la Administración de Seguro Social que indique que usted ha solicitado un reemplazo y una copia de su acta de nacimiento.
- carta de disposición para cada delito por el cual se le ha condenado. Esto incluye ambos casos abiertos y cerrados y cualquier delito por el cual se le ha condenado fuera del estado. Usted tiene que revelar las circunstancias de cualquier arresto, acusación o condena por un delito.
- documentación válida y actual de su doctor si no puede trabajar debido a razones médicas.

Si usted está actualmente participando en una actividad de BTW o WEP, entregue una copia de esta carta y el aviso adjunto a su Supervisor.

**Esta es una cita de participación obligatoria.** El no presentarse a orientación en la fecha programada puede resultar en una reducción de sus beneficios de Asistencia en Efectivo y de SNAP. Si usted tiene preguntas, o si no puede cumplir esta cita, favor de llamar al número de teléfono indicado en el del aviso adjunto.

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Parks Unit Center: \_\_\_\_\_

## Grant Diversion Program Statement of Understanding

**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.

### Participant's Information

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

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

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

Telephone Number: \_\_\_\_\_

I understand that I am being enrolled in the Grant Diversion Program (GDP) / \_\_\_\_\_ for \_\_\_\_\_ months. The GDP provides subsidized earned income and on-the-job training. My participation in the GDP means that my Cash Assistance (CA) grant will be diverted to the employer in exchange for on-the-job training and a semimonthly salary.

I will be employed with the \_\_\_\_\_.  
In connection with my participation in the GDP, I have been advised and agree that:

1. I am being referred for a job that will/will not require some physical activity and I believe that I will be able to successfully complete my assigned tasks.
2. For purposes relating to work requirements, I shall be considered **employed full time**.
3. I am required to work a total of **40 hours** per week and I will be paid \$ \_\_\_\_\_ per hour. If I am unable to work the full 40 hours per week, my salary will be reduced to reflect only the hours I have worked.
4. Any income that is earned will be budgeted toward both my CA and Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits. I am responsible for paying my own rent, utilities, and transportation expenses. Any permanent changes in my earned income must be reported to my Job Center within ten (10) business days from the end of the month to request a supplement.
  - If I miss work because of a documented illness or other emergency beyond my control and my pay is reduced below the amount of my household needs, I may be eligible to receive a supplemental grant from the Family Independence Administration (FIA). I must request a supplement at my assigned JTP Job Center Unit within ten (10) business days after the month of receipt of the reduced paycheck. I understand that in most cases, my earned semimonthly wages will exceed my CA grant. I also understand the SNAP program does not recognize temporary changes in income and, therefore, no supplemental SNAP will be issued for my absences.
  - I understand that if I am eligible, the amount of the supplemental grant will only be in the amount necessary to meet my household's needs and not the amount of the reduction of my paycheck.

5. I am required to attend \_\_\_\_\_ full day(s) or \_\_\_\_\_ hours of paid job search per week.
6. I am still required to keep all mandatory CA appointments (example: Face-to-Face appointments). If I do not attend all mandatory appointments, my CA case may be affected. If I become ineligible for CA or my grant is reduced because I failed to keep any mandatory appointments, or for another reason, I may become ineligible to participate in the GDP.
7. If as an eligibility requirement for CA I am mandated to attend a treatment program, I understand it will be my responsibility to attend the program during hours that will not affect my participation in the GDP.
8. My eligibility for medical assistance will not be affected during the period in which I am participating in the GDP.
9. In the event that I request a Fair Hearing and continuing aid because I disagree with the budgeting of my CA grant, my participation in the GDP will be terminated and, along with it, my salary, unless I withdraw my request for continuing aid.
10. Participation in a housing subsidy program, other than Section 8 or New York City Housing Authority (NYCHA), will disqualify me from participation in the GDP.
11. If for any reason my subsidized employment with the GDP ends, I must notify my assigned GDP \_\_\_\_\_ Job Center Unit within ten (10) business days of the termination.
12. I may be subject to reduction or termination of my CA and SNAP if without good cause, I:
  - Refuse an offer of permanent employment;
  - Voluntarily terminate employment; or
  - Bring about my own termination from employment.

If I willfully and without good cause refuse or fail to comply with a CA work activity, I will be subject to a reduction or termination of my CA in accordance with 18 NYCRR § 385.12.

I have read the Statement of Understanding for Job Training Program Participants. I understand and agree to comply with all of the requirements. I further understand that if I provide any false information or documentation related to my participation in the Job Training Program, I will be subject to penalties.

\_\_\_\_\_  
Participant's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

If there are any problems with your case, such as a child care emergency or other emergency, or if you have any question regarding your CA budget, please call the GDP \_\_\_\_\_ Job Center Unit at \_\_\_\_\_.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro de la Unidad de Parques: \_\_\_\_\_

## Declaración de Acuerdo del Programa de Reasignación de Concesión

**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.

### Información del Participante

Letra de molde: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ I. Apellido: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo que se me está inscribiendo en el Programa de Reasignación de Concesión (Grant Diversion Program – GDP) \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ meses. El GDP provee empleo subsidiado y capacitación en el local de trabajo. Mi participación en el GDP significa que mi concesión de Asistencia en Efectivo será reasignada al empleador a cambio de capacitación en el local de trabajo y un salario quincenal.

Seré empleado(a) por el \_\_\_\_\_.  
Con respecto a mi participación en el GDP. Se me ha informado de y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Se me está enviando a un trabajo que requerirá/no requerirá cierto grado de actividad física y estimo que lograré realizar satisfactoriamente las tareas que se me asignen.
2. En cuanto a requisitos de trabajo, seré considerado(a) **empleado(a) a tiempo completo**.
3. Se requiere que yo trabaje un total de **40 horas** a la semana y se me pagará \$ \_\_\_\_\_ la hora. Si no puedo trabajar las 40 horas completas a la semana, mi salario será reducido de acuerdo con las horas que haya trabajado.
4. Todo ingreso de trabajo será destinado al presupuesto de ambos mi concesión de Asistencia en Efectivo y mis Beneficios de SNAP. Tendré la responsabilidad de pagar mi propio alquiler, servicios públicos y transporte. Cualquier cambio permanente en mis ingresos de trabajo tiene que ser reportado a mi Centro de Trabajo (Job Center) dentro de diez (10) días laborables a partir del fin del mes para poder solicitar un suplemento.
  - Si no asisto al trabajo debido a una enfermedad documentada u otra emergencia fuera de mi control, y mi sueldo se reduce a menos de la cantidad necesaria para cubrir mis gastos domésticos, puede ser que tenga derecho a recibir una concesión suplementaria de parte de Administración de Independencia Familiar (Family Independence Administration – FIA). Debo solicitar un suplemento en la Unidad del Centro de Trabajo JTP que se me ha asignado dentro de diez (10) días laborables después del mes en que reciba mi cheque de paga reducido. Entiendo que en la mayoría de las situaciones, mi sueldo de trabajo quincenal excederá de mi concesión de Asistencia en Efectivo. También tengo entendido que el programa de SNAP no reconoce los cambios temporarios de ingreso, por lo tanto, no se otorgarán concesiones suplementarias de SNAP en razón de mis ausencias.
  - Entiendo que si soy elegible, la cantidad de la concesión suplementaria sólo será la necesaria para satisfacer los gastos domésticos y no la cantidad reducida de mi cheque de paga.



5. Se requiere que yo participe por \_\_\_\_\_ día(s) completos o \_\_\_\_\_ horas a la semana en búsqueda de trabajo.
6. Aún tengo la obligación de cumplir todas las citas obligatorias de Asistencia en Efectivo (por ejemplo: las citas en persona). Si no asisto a todas las citas obligatorias, mi caso de Asistencia en Efectivo se puede ver afectado. Si pierdo mi elegibilidad para Asistencia en Efectivo se reducirá por incumplimiento de las citas obligatorias, o por otra razón, puedo perder mi elegibilidad para participar en el GDP.
7. Si como condición de elegibilidad para Asistencia en Efectivo se me requiere que asista a un programa de tratamiento, entiendo que seré responsable de asistir al programa durante horas que no afecten mi participación en el GDP.
8. Mi elegibilidad respecto a asistencia médica no será afectada durante el período en el cual yo participe en el GDP.
9. En caso de que yo solicite una Audiencia Imparcial y asistencia continua por estar en desacuerdo con el presupuesto de mi concesión de Asistencia en Efectivo, mi participación en el GDP, se terminará a la misma vez que mi salario, a menos que yo retire mi petición de asistencia continua.
10. La participación en un programa de vivienda subsidiada aparte de la de Sección 8 o la de la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Nueva York (New York City Housing Authority– NYCHA), me descalificará de participar en el GDP.
11. Si por alguna razón mi empleo subsidiado con el GDP se termina, le dejaré saber a mi GDP asignado \_\_\_\_\_ Unidad del Centro de Trabajo asignada dentro de los diez (10) días laborables de haberse terminado el empleo.
12. Mi Asistencia en Efectivo y beneficios de SNAP pueden ser reducidos o terminados si, sin motivo justificado yo:
  - Rechazo una oferta de empleo permanente;
  - Dejo el empleo voluntariamente; o
  - Causo la terminación de mi empleo.

SAMPLE

Si yo rehúso cumplir o falto sin motivo justificado o intencionadamente a una actividad de trabajo de Asistencia en Efectivo, estaré sujeto(a) a la reducción o terminación de mi Asistencia en Efectivo conforme a 18 NYCRR § 385.12.

He leído la Declaración de Acuerdo para los Participantes del Programa de Capacitación Laboral. Acuerdo y convengo cumplir todos los requisitos. Entiendo además que si proporciono información o documentación falsa respecto a mi participación el Programa de Capacitación Laboral, estaré sujeto(a) a sanciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si surge alguna dificultad con su caso de cuidado infantil u otra emergencia, o si tiene preguntas respecto al presupuesto de su Asistencia en Efectivo, por favor llame al GDP \_\_\_\_\_ a la Unidad del Centro de Trabajo \_\_\_\_\_.

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

### Cash Benefits to Homebound Individuals

**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 cash payments (except shelter payments) will no longer be sent to you as a check in the mail. Beginning November 1, 2005, you can access your cash grant through the Electronic Benefits Transfer (EBT) system using your Common Benefit Identification Card (CBIC) the same way you access your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits.

If you need information on where to use the card to obtain benefits, call **(800) 289-6739**. If you do not have a Personal Identification Number (PIN) for your CBIC, please call **(888) 328-6399**.

If you have questions about this change, please contact your Worker.

SAMPLE

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

Case Number: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

Center: \_\_\_\_\_

## **Beneficios en Efectivo para Personas Confinadas al Hogar**

**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 la presente le informamos que sus pagos en efectivo (excepto pagos de albergue) ya no serán enviados a usted por correo. A partir del 1ero de noviembre, 2005 su asignación en efectivo estará disponible por medio del sistema Electrónico de Beneficios (Electronic Benefits Transfer – EBT). Usted podrá utilizar su Tarjeta de Identificación de Beneficios Comunes (CBIC) para obtener acceso a estos beneficios del mismo modo que para los beneficios el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Si usted necesita averiguar de donde puede usar su tarjeta para acceder los beneficios, llame al **(800) 289-6739**. Si no tiene un Número de Identificación Personal (Personal identification Number – PIN) para su CBIC, llame al **(888) 328-6399**.

Si usted tiene alguna pregunta respecto a este cambio, favor de comunicarse con su Trabajador.

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.

We are writing to inform you that we have scheduled an appointment for you to discuss a job opportunity for you at the New York City Department of Parks and Recreation.

In cooperation with HRA, the New York City Department of Parks and Recreation is hiring Cash Assistance participants. You are eligible for this program and if you are hired, you will work for the Parks Department for six months and earn \$8.49 per hour. Each week you will work four days and spend one day in job search, education and training programs designed specifically to help you get a job when you complete your six months. You will be paid for both your work and the time you spend in the education, training and job search programs.

We will provide you with more information on this program at your appointment. We will also help you with any child care arrangements you need in order to work.

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

This is a mandatory engagement appointment. Failure to attend may result in a closing/reduction of your Cash Assistance and Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits. If you are unable to keep this appointment, please call the telephone number indicated above before the date of your appointment.

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.

Le escribimos para informarle de que le hemos programado una cita para tratar el tema de una oportunidad de trabajo para usted en el Departamento de Parques y Recreación de la Ciudad de Nueva York (New York City Department of Parks and Recreation).

En colaboración con HRA, el Departamento de Parques y Recreación de la Ciudad de Nueva York está contratando a participantes de Asistencia en Efectivo. Usted es elegible para este programa y si se le contrata, trabajará para el Departamento de Parques por seis meses y ganará \$8.49 la hora. Cada semana usted trabajará cuatro días y dedicará un día al búsqueda de trabajo, educación y programa de capacitación creado específicamente para ayudarle a conseguir trabajo una vez que complete sus seis meses. Se le pagará por ambos el trabajo y las actividades de educación, capacitación y búsqueda de trabajo.

Le brindaremos más información sobre este programa durante su cita. Además le ayudaremos con cualesquier arreglos de cuidado infantil que necesite para poder trabajar.

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

Esta cita de participación es obligatoria. El incumplimiento de la cita puede resultar en el cierre/la reducción de sus beneficios de Asistencia en Efectivo y de SNAP. Si no puede cumplir esta cita, favor de llamar al número de teléfono indicado más arriba antes de la fecha de la cita.

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Job Center Number: \_\_\_\_\_

### Mandatory Job Fair 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.

**CONGRATULATIONS!** You have been selected to participate in a Human Resources Administration (HRA) citywide Job Fair that will provide you with an excellent opportunity to obtain a job, or if you are already employed, a higher paying job leading to financial independence and self-sufficiency. Please see the enclosed flyer.

Many local businesses will be participating in the Job Fair and will be screening candidates for employment opportunities. Employers from various locations throughout the City are also scheduled to participate and will have employment opportunities available for qualified candidates.

We strongly suggest that you work with your employment program vendor to update your résumé. Please make sure to bring at least 50 copies of your résumé to the Job Fair. Professional business attire is required. **Please arrive at the time that has been scheduled for you. You will not be permitted to enter the Job Fair any earlier than 15 minutes prior to your scheduled time. Please bring this letter with you** to expedite the time you have to spend at the Registration Desk. Please do not bring your children or guests with you, as there will be no child care provisions available onsite the day of the Job Fair.

Upon arrival to the Job Fair, you must report to the Registration Desk and submit this notice in order to verify your attendance. The date, time, and location of the Job Fair are as follows:

Job Fair Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: (877) 472-8411

Location Name: Jacob K. Javits Convention Center of New York

Address: 11th Avenue at 36th Street

City: New York State: NY Zip Code: 10001

Travel Directions:

**This is a mandatory job search appointment.** If you cannot keep this appointment, you must inform your employment vendor immediately and provide documentation on or before the appointment date. If you do so, you will be excused from attending the Job Fair. Also, if you have a physical, mental health, or learning problem that makes it difficult for you to keep this appointment, please contact your employment vendor. If you have questions concerning this Job Fair please call the telephone number above.

**FAILURE TO KEEP THIS APPOINTMENT MAY RESULT IN THE DENIAL OF YOUR CASH ASSISTANCE APPLICATION OR REDUCTION OF YOUR CASH ASSISTANCE BENEFITS AND/OR A REDUCTION IN YOUR SNAP BENEFITS. THERE ARE NO WORK REQUIREMENTS FOR MEDICAID.**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Número del Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

### Aviso Obligatorio para la Feria de Trabajo

**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.

**FELICITACIONES!** Usted ha sido seleccionado para participar en una Feria de Trabajo de la Administración de Recursos Humanos (HRA) en toda la ciudad que le brindará una excelente oportunidad para obtener un trabajo, o si ya tiene empleo, un trabajo con sueldo más alto que le ayude a alcanzar la independencia económica y la autosuficiencia. Favor de ver el volante adjunto.

Muchos negocios locales participarán en la Feria de Trabajo y entrevistarán a candidatos para oportunidades de empleo. Empleadores de diferentes áreas de la Ciudad también están programados para participar y tendrán oportunidades de empleo para candidatos que reúnen los requisitos.

Le sugerimos enfáticamente que coordine con su contratista del programa de trabajo (employment program vendor) para poner al día su currículum (résumé). Por favor asegúrese de traer por lo menos 50 copias de su currículum a la Feria de Trabajo. Se requiere vestimenta profesional. **Favor de llegar a la hora que le ha sido programada. No se le permitirá entrar a la Feria de Trabajo más de 15 minutos antes de su hora programada. Favor de traer esta carta consigo para acelerar el tiempo que tendrá que pasar en la mesa de Registro. Favor de no traer a sus hijos o invitados consigo, puesto que no habrá cuidado infantil disponible en el local de la Feria de Trabajo.**

Al llegar a la Feria de Trabajo, usted tiene que presentarse a la mesa de Registro y entregar este aviso para comprobar su asistencia. La fecha, hora, y el local de la Feria de Trabajo:

Fecha de la Feria de Trabajo: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: (877) 472-8411

Nombre del Local: Jacob K. Javits Convention Center of New York

Dirección: 11th Avenue en 36th Street

Ciudad: New York Estado: NY Código Postal: 10001

Indicaciones de Viaje:

**Esta cita de búsqueda de trabajo es obligatoria.** Si usted no puede cumplir esta cita, tiene que informar de inmediato a su contratista de empleo y proporcionele documentación el día de la fecha de la cita o antes. Si así lo hace, se le excusará de asistir a la Feria de Trabajo. Además, si tiene un problema físico, mental, o de aprendizaje que le dificulta cumplir la cita, comuníquese con su contratista de empleo. Si tiene cualquier pregunta sobre esta Feria de Trabajo, por favor llame al número de teléfono más arriba.

**EL NO CUMPLIR ESTA CITA COMO DEBIDO PUEDE RESULTAR EN EL RECHAZO DE SU SOLICITUD DE ASISTENCIA EN EFECTIVO O EN LA REDUCCIÓN DE SUS BENEFICIOS DE ASISTENCIA EN EFECTIVO Y/O LA REDUCCIÓN DE SUS BENEFICIOS DE SNAP. NO EXISTEN REQUISITOS DE TRABAJO DE MEDICAID.**

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
FH&C Telephone Number: (212) 835-8323

### Homebound Review Project Notice of Decision on Your Request for a Review

**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 asked the Human Resources Administration (HRA) to review your case to see if you lost any benefits because of a change in homebound status of one or more members of your household. HRA has reviewed your case. Our decision is:

**Cash Assistance:**

We are authorizing a **Cash Assistance Benefit** in the amount of:  
\$ \_\_\_\_\_ from: \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_

You are not currently eligible for Cash Assistance. Therefore, we are authorizing a **Cash Assistance Credit** in the amount of.

\$ \_\_\_\_\_ from: \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_  
This credit will be available to you if your Cash Assistance case is reopened.

Our review shows that you lost no **Cash Assistance Benefits** because of the change in your homebound status.

**SNAP benefits:**

We are authorizing a **SNAP Benefit** in the amount of:  
\$ \_\_\_\_\_ from: \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_

Our review shows that you lost no **SNAP Benefits** because of the change in your homebound status.

Our review shows that you are **not eligible for back SNAP Benefits** because:

These grant(s) will be available to you on \_\_\_\_\_. If they are not available at that time, please call the Homebound Review Project at: (212) 835-7357.

You will need a CBIC photo ID card to pick up this benefit. If you do not have a CBIC photo ID card, call the Homebound Review Project at the number indicated above for more information on how to obtain one. To find out if your benefits are available before attempting to redeem them, please call the Electronic Benefit Transfer (EBT) hotline at (888) 328-6399.



**Medicaid:**

- Our review shows that you lost no **Medicaid Coverage** because of the change in your homebound status.
- Our review shows that your **Medicaid** case was closed for the period \_\_\_\_\_ through \_\_\_\_\_.

If you have medical bills for this time period that are unpaid or that you had to pay yourself, you may be eligible to have Medicaid pay these bills. To claim this benefit, you must mail copies of any such bills, along with a copy of this notice to:

Human Resources Administration  
Medical Assistance Program – Homebound  
P.O. Box 2649  
New York, NY 10117-1223

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

SAMPLE

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong regarding the amount of your back benefit(s) 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 telephone 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, by 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 either:  
**14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, 3rd Floor, Manhattan**
- (5) ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/bah/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.

**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, that 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 that 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, NY 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 telephone number/address listed on **page 1** of this notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

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

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

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

SAMPLE

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

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

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

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

## YOU HAVE THE RIGHT TO A REASONABLE ACCOMMODATION

### How to Request a Reasonable Accommodation:

If you have a physical, mental health or learning problem that makes it difficult for you to:

- come to appointments,
- fill out an application, or
- meet other HRA requirements,

you have a right to ask for help from HRA. This help is called a reasonable accommodation. If you need help, write to: Human Resources Administration/FIA Special Needs Region-HBRP, 180 Water Street, Room 2121, New York, NY, 10038-4923 or call (212) 835-7357.

If you asked for help and you think you did not get the help you needed, you can file a complaint. To file a complaint, you can write to: ADA Compliance Officer, Office of Legal Affairs, 180 Water Street, 16th Floor, New York, NY 10038, or fax your complaint to (212) 331-5023. If it is difficult for you to submit a complaint in writing, you may call (212) 331-4640 for assistance.

**Do you have questions about this letter? Do you need help reading it?**

Call HRA at (212) 835-7357 for help.

You can also call the Legal Aid Society with questions about this notice at: 212-577-3599.

SAMPLE

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

Número del Caso: \_\_\_\_\_

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

Número de Teléfono de FH&C: (212) 835-8323 \_\_\_\_\_

### Proyecto de Revisión de Confinamiento al Hogar Aviso de Decisión sobre Su Petición de una Revisión

**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 le pidió a La Administración de Recursos Humanos (The Human Resources Administration – HRA) que revisara su caso para determinar si usted perdió algún beneficio debido al cambio en el estado de confinamiento al hogar de uno o más de los miembros de su hogar. HRA ha revisado su caso y nuestra decisión es la siguiente:

**Asistencia en Efectivo:**

Estamos autorizando un **Beneficio de Asistencia en Efectivo** por la cantidad de:  
\$ \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Actualmente usted no es elegible para Asistencia en Efectivo. Por lo tanto le estamos autorizando un **Crédito de Asistencia en Efectivo** por la cantidad de:  
\$ \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Este crédito estará disponible para usted si su caso de Asistencia en Efectivo se vuelve a abrir.

Nuestra revisión indica que usted no perdió **Beneficios de Asistencia en Efectivo** debido al cambio en su estado de confinamiento al hogar.

**Beneficios de SNAP:**

Estamos autorizando un **Beneficio de SNAP** por la cantidad de:  
\$ \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Nuestra revisión indica que usted no perdió **Beneficios de SNAP** debido al cambio en su estado de confinamiento al hogar.

Nuestra revisión indica que usted **no es elegible para Beneficios de SNAP retroactivos** porque:

Esta(s) concesión(es) estará(n) disponible(s) para usted el \_\_\_\_\_. Si no está(n) disponible(s) en ese momento, favor de llamar al Proyecto de Revisión de Confinamiento al Hogar al (212) 835-7357.

Usted necesitará una tarjeta de identificación con foto de CBIC para recoger este beneficio. Si no tiene dicha tarjeta, llame al número del centro indicado más arriba para más información sobre cómo obtenerla. Para averiguar si sus beneficios están disponibles antes de cobrarlos, favor de llamar a la línea informativa del Electronic Benefit Transfer (EBT) al (888) 328-6399.

**Medicaid:**

- Nuestra revisión indica que usted no perdió **Cobertura de Medicaid** debido al cambio en su estado de confinamiento al hogar.
- Nuestra revisión indica que su caso de **Medicaid** se cerró por el período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

Si usted tiene facturas médicas de ese período que aún no se han pagado o que tuvo que pagar usted mismo (a), puede ser elegible para que Medicaid se las pague. Para reclamar este beneficio, usted tiene que enviar copias de tales facturas, junto con una copia de este aviso a:

Human Resources Administration  
Medical Assistance Program – Homebound  
P.O. Box 2649  
New York, NY 10117-1223

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

SAMPLE

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para hacer esto, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en **la primera página** de este aviso, o escríbanos a la dirección que también aparece en **la primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

- (1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201  
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) 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 Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:  
**14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd Floor, Manhattan**
- (5) POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
<http://www.otda.state.ny.us/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.

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

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los cuales se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar cómo 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, NY 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 repase nuestra decisión, tiene que solicitar un Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días de la fecha de este aviso para Asistencia en Efectivo, asistencia médica o servicios sociales y noventa(90) días para asuntos de SNAP.

Si no logra comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y de Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (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  
letra de molde: \_\_\_\_\_ Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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



## USTED TIENE DERECHO A UN ARREGLO RAZONABLE

### Cómo Solicitar una Petición de Arreglo Razonable:

Si usted padece de un problema físico, de salud mental o de aprendizaje que le dificulta cumplir cualquiera de los siguientes:

- llegar a sus citas,
- llenar los formularios, o
- reunir otros requisitos de HRA

Usted tiene el derecho de solicitarle ayuda a HRA. Esta ayuda se denomina arreglo razonable. Si necesita ayuda, escriba al: Human Resources Administration/FIA, Special Needs Region-HBRP, 180 Water Street, Room 2121, New York, NY 10038-4923 o llame al (212) 835-7357.

Si usted solicitó ayuda y cree que no recibió la ayuda que necesitaba, puede entablar una queja. Para ello, puede escribir a: ADA Compliance Officer, Office of Legal Affairs, 180 Water Street, 16th Floor, New York, NY 10038, o faxear su queja a (212) 331-5023. Si se le dificulta presentar queja por escrito, puede llamar al (212) 331-4640 para ayuda.

**¿Tiene usted preguntas sobre esta carta? ¿Necesita ayuda para leer esta carta?**

Llame a HRA al (212) 835-7357 para ayuda.

Además puede llamar a la Legal Aid Society con preguntas sobre este documento al: 212-577-3699.

SAMPLE

## Important Information About Child Only Grants

**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.

1. Child only grants are a type of Cash Assistance given to the non-parent caregivers (like grandparents, aunts, or uncles) who have physical custody of children for whom they have no legal obligation to provide financial support. They can receive financial assistance to help care for the child(ren) they are helping to raise. Legal custody of the child(ren) is not required.
2. The non-parent caregiver must comply with child support enforcement.
3. The application for a child only grant does not consider the non-parent caregiver's income and assets for Cash Assistance eligibility purposes. Only income or assets (like bank accounts) in the child's(ren's) name(s) are included in deciding if the child(ren) is (are) eligible.
4. For SNAP benefits, however, in most cases the income of all people living in the household must be considered in determining eligibility.
5. If the non-parent caregiver is applying for SNAP benefits for the household he/she must be finger-imaged.
6. You can apply for a child only grant at the Job Center serving the zip code in which you live. If you have an emergency, you can apply for assistance at any Job Center that takes applications. If your case is accepted, it will be transferred to a specialized office that serves child only cases.

---

## Información Importante sobre Concesiones para Sólo Niños

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

1. Las concesiones sólo para niños son un tipo de Asistencia en Efectivo otorgadas a las personas con custodia física de los niños pero sin responsabilidad legal de la manutención de los mismos (tales como abuelos o tíos). Estas personas reciben asistencia económica para cuidar a los niños que está criando. No se requiere tener custodia de los niños.
2. La persona que cuide a los niños sin ser los padre debe cumplir con la aplicación de manutención de niños.
3. El ingreso y los bienes económicos de las personas que cuiden a los niños sin ser los padres no se consideran para la elegibilidad de la Asistencia en Efectivo. Sólo el ingreso o los bienes económicos (como las cuentas bancarias), a nombre de los niños, se toman en cuenta para la decisión de elegibilidad.
4. No obstante, para beneficios de SNAP, en la mayoría de los casos, el ingreso de todas las personas que vivan en el hogar debe tomarse en cuenta para la determinación de la elegibilidad.
5. Si la persona que cuida a los niños sin ser padre o madre está solicitando beneficios de SNAP para el hogar a él/ella se le deben tomar imágenes digitales.
6. La solicitud de concesión sólo para niños se puede presentar en el Centro de Trabajo que sirve al código postal en que usted reside. En caso de emergencia, usted puede presentar solicitud en cualquier Centro de Trabajo que acepte solicitudes. Si su caso se acepta, será trasladado a una oficina especializada en casos de sólo niños.

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

### Notice to Report to Center

Please report to:

Location Name: \_\_\_\_\_

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

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

On: Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

We have received information via the Automated Child Care Information System (ACCIS) that you are employed as a child care provider. The income you receive must be applied against your Cash Assistance and/or SNAP benefits. If you are no longer eligible for Cash Assistance, you may be eligible for transitional benefits. If you are still eligible for Cash Assistance and have minor children under the age of 13, you may also choose to close your case and receive child care in lieu of Cash Assistance. A worker will discuss these options with you at the interview.

If you are no longer employed as a child care provider, bring a letter from the parent(s) for whom you provided care. The letter must state the date that you stopped providing care.

If any required documentation is listed below, it must be brought in together with this letter.

Document(s):

If you have any questions or are unable to keep this appointment, please call the telephone number above. You must contact us prior to your reporting time to arrange a new appointment.

**This is a mandatory eligibility appointment.** Failure to keep this appointment or contact us may make you ineligible for Cash Assistance or may reduce your benefits for a specific period of time.

**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.

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

### Aviso de Comparecencia al Centro

Favor de presentarse a:

Local: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

El: Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hemos recibido información vía el Sistema de Información Automatizada de Cuidado Infantil (ACCIS) de que usted está empleado(a) como proveedor de cuidado infantil. El ingreso que usted recibe debe destinarse a sus beneficios de Asistencia en Efectivo y/o de SNAP. Si usted ya no es elegible para Asistencia en Efectivo, puede ser elegible para beneficios de transición. Si usted aún es elegible para Asistencia en Efectivo y tiene niños menores de 13 años de edad, también puede cerrar su caso y recibir cuidado infantil en vez de Asistencia en Efectivo. Un trabajador tratará con usted estas opciones en la entrevista.

Si usted ya no está empleado(a) como proveedor de cuidado infantil, traiga una carta por parte del/de los padres(s) para quien(es) usted brinda cuidado. La carta debe indicar la fecha en que usted dejó de brindar el cuidado.

Si se indica alguna documentación más abajo, usted debe traerla junto a esta carta.

Documento(s):

Si tiene alguna pregunta o si no puede cumplir esta cita, favor de llamar al número de teléfono más arriba. Para fijar una nueva cita usted tiene que comunicarse con nosotros antes de la hora programada.

**Esta cita de elegibilidad es obligatoria.** El incumplimiento de esta cita o el no comunicarse con nosotros puede resultar en su inelegibilidad para Asistencia en Efectivo o en la reducción de sus beneficios por un período de tiempo específico.

**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.

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.

Our records show that you are a veteran who is/should be paying child support. HRA wants to work with noncustodial parents so they can pay their child support. Children deserve support from both parents.

We are requesting you come to the Michael J. Handy Veterans' Job Center to discuss three initiatives that may help you in lowering your child support order or debt:

- **Modify DSS Order Initiative** – If the child support order is payable to the Department of Social Services (DSS), we may be able to help in lowering the amount without your having to go to court.
- **DSS Arrears Cap Initiative** – If child support arrears owed DSS accumulated while your earnings were very low, we may be able to help in reducing those arrears to \$500 without your having to go to court.
- **Arrears Credit Program** – If you owe arrears to DSS, you may have them reduced by \$15,000 over three years if you pay your monthly child support obligation. We can do this without your having to go to court.

All you need to bring is a photo ID.

An appointment has been scheduled for you for:

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Address: Michael J. Handy Veterans' Job Center

25 Chapel Street, 6th Floor

City: Brooklyn State: NY Zip Code: 11205

Travel Directions: Subway: A, C, or F to Jay Street  
B, Q, or M to DeKalb Avenue  
2 or 3 to Hoyt Street  
N or R to Lawrence Street  
4 or 5 to Boro Hall

Bus: B38 to Jay Street

Should you have any questions or, if you cannot keep this appointment, please call us at (718) 222-2430.

**FAILURE TO REPORT WILL NOT RESULT IN ANY LOSS OR  
DECREASE TO YOUR CASH ASSISTANCE OR SNAP BENEFITS.**

(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.

Según nuestros archivos usted es veterano que está/debiera estar pagando manutención de niños. La HRA desea ayudarle a los padres sin custodia para que puedan pagar la manutención de sus niños. Los niños merecen el apoyo de ambos padres.

Le pedimos que venga al Centro de Trabajo para Veteranos Michael J. Handy para tratar el tema de tres iniciativas que le podrían ayudar a disminuir la cantidad de su orden de manutención o deuda:

- Iniciativa de Modificación de Orden de DSS (Modify DSS Order Initiative) – Si la orden de manutención es pagadera al Departamento de Servicios Sociales (DSS), tal vez podamos ayudarle a disminuir la cantidad sin que usted tenga que comparecer en la corte.
- Iniciativa de Máximo de Atrasos de DSS (DSS Arrears Cap Initiative) – Si los pagos atrasados de manutención de niños que se deben a DSS se acumularon mientras su salario era muy bajo, podríamos ayudarle a reducir dichos pagos atrasados a \$500 sin que usted tenga que comparecer en la corte.
- Programa de Crédito para Atrasos (Arrears Credit Program) – Si usted debe a DSS pagos atrasados, podría reducir \$15,000 de la cantidad debida a un período de tres años si usted paga su obligación mensual de manutención de niños sin tener que comparecer en la corte.

La única documentación que necesita traer es un identificación con foto.

Se le ha programado una cita como se indica a continuación:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Dirección: Michael J. Handy Veterans' Job Center  
25 Chapel Street, 6th Floor

Ciudad: Brooklyn Estado: NY Código Postal: 11205

Indicaciones de Viaje: Metro: A, C, or F to Jay Street  
B, Q, or M to DeKalb Avenue  
2 or 3 to Hoyt Street  
N or R to Lawrence Street  
4 or 5 to Boro Hall

Bus: B38 to Jay Street

Ante cualquier pregunta o si no puede asistir a esta cita, se puede comunicar con nosotros al (718) 222-2430.

**EL NO PRESENTARSE NO RESULTARÁ EN PÉRDIDA O DISMINUCIÓN ALGUNA DE SUS BENEFICIOS DE ASISTENCIA EN EFECTIVO O DE SNAP.**

(see reverse)

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Worker Name: \_\_\_\_\_  
Worker Phone: \_\_\_\_\_  
FH&C Phone: \_\_\_\_\_  
Recertification Process: \_\_\_\_\_

### Notice of Video Conference Recertification Appointment

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

This letter is to inform you that you must have a face-to-face recertification interview to assist us in determining if you can still receive:

Cash Assistance  SNAP benefits

The date of your interview is \_\_\_\_\_ (Date) . The time of your interview is \_\_\_\_\_ (Time) .

The Video Recertification interview will take place at the Phoenix Academy Yorktown treatment facility. To help with the recertification process a facility staff member will provide you assistance.

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

**Be sure to read the "Interview/Application Rights for SNAP benefits" section of the EXP-908T Insert attached to this notice.**

Depending on the program(s) for which you are recertifying, you will need to provide information on and proof of the items checked below that explain your current situation and how it has changed. If you need any help getting this proof, please let your Worker know as soon as possible.

Using a paperless computer system, your recertification application will be completed and filed on the computer. You must bring all documents requested in this appointment notice to your interview.

**Proof to bring to your Cash Assistance Interview – You will need to:**

- provide information about the people in your home;
- prove that the people who get assistance live in your home;
- show proof of expenses (such as rent, utilities, child care);
- show proof of any income you get;
- show proof of any assets you have;
- show proof of any changes in your living situation, such as change in household size.

**Proof to bring to your SNAP benefits Interview – You will need to bring current proof of any of the following that apply:**

- earned income for the past four (4) weeks;
- any change of \$100 or more in the amount of your household's monthly unearned income;
- any medical expenses since you last applied or were recertified for anyone in your household who is 60 years of age or older or disabled;
- resources, shelter expenses (rent, utility, heat, telephone, etc.), family size and/or child care costs.

**In addition, you also need to bring:**

- The following case member \_\_\_\_\_ must be finger imaged. Arrangements will be made at the interview to have him/her finger imaged.
- Our records show that \_\_\_\_\_ will be 18 years old next month. You must provide a letter from his/her school showing his/her expected date of graduation.
- We have not verified school attendance for \_\_\_\_\_. You must go to the school and obtain verification for the above named individual(s). You do not need to obtain school verification for anyone not listed.
- We have not verified school attendance for \_\_\_\_\_. You must go to the school and obtain verification for the above named individual(s). You do not need to obtain school verification for anyone not listed.
- If your case type indicated below is Family Assistance (FA) and you (including other adult members of the household) have received 58 months or more of cash assistance (indicated in the Number of Months of Cash Assistance Used box below) **you and all adult members of your household must come to this interview.**

Time Limit Count – Federal and State laws set a time limit on cash assistance for all adults.\* Our records show that the case number listed below has the number of trackable months of assistance used as follows:

Case Number	Suffix	Case Type	Number of Months of Cash Assistance Used	As of Date

**\*Minor children are exempt from time limit count, UNLESS they are the head of the household.**

A minor child is considered to be a head of household when s/he is the grantee of his or her own family. A minor child who resides in an adult-supervised living arrangement in which payment is made to a person who is not the minor, and who is responsible for the disposition of the funds, shall not be considered a "head of household" and shall not be tracked toward the time limit while residing in such an arrangement as a minor.

A minor child who is NOT the head of the household is an individual who is not yet eighteen (18) years old, or who is between eighteen (18) and nineteen (19) and is a full-time student in a secondary school, or in the equivalent level of vocational or technical training.

**Other Information:**

- Provide Social Security number for \_\_\_\_\_
- Provide verification of birth for \_\_\_\_\_



**Proof to bring to your SNAP benefits Interview – You will need to bring current proof of any of the following that apply:**

- earned income for the past four (4) weeks;
- any change of \$100 or more in the amount of your household's monthly unearned income;
- any medical expenses since you last applied or were recertified for anyone in your household who is 60 years of age or older or disabled;
- resources, shelter expenses (rent, utility, heat, telephone, etc.), family size and/or child care costs.

Our records show that you received contributions for excess rent and/or tuition or other household expenses. Bring verification from the person who is making the contributions.

We have received information showing a discrepancy in your residential address. Please furnish verification of address from your landlord or housing manager. Homeowners should supply deed and mortgage statement.

Furnish current information regarding \_\_\_\_\_

We have received information that \_\_\_\_\_ was married. The new spouse must come with you to the recertification interview with verification of his/her income and resources.

We have received information from the Social Security Administration that you or another member of your household is receiving Supplemental Security Income (SSI) or Retirement Survivors Disability Insurance (RSDI). Bring your award letters or copy of your most recent check to the interview.

We have received information from the New York State Department of Labor that you or another member of your household is receiving Unemployment Insurance Benefits (UIB). Please bring your UIB award letter.

We have received information that indicates that you or another member of your household have/has money on deposit as follows:

Name	Bank/Financial Institution	Account Number	Amount

We have received information:

That...is/was employed during...	Year

We require information of both past and present employment (pay stubs, letter from employer). If no longer employed, you must provide proof.

**What Happens If I Do Not Come to the Interview?**

**Cash Assistance** – If you do not come to your interview, we will think that you do not want Cash Assistance. We will then close your Cash Assistance case and send you a notice informing you of the closing date. This decision is based on 18 NYCRR § 351.22.

**Medical Assistance** – A face-to-face interview is not required to continue your medical assistance. However, you must report any changes in address, income, resources or household size to this department.

**SNAP benefits** – If you submit your recertification application by \_\_\_\_\_ and are  
still eligible, you will receive uninterrupted Food Stamp Benefits. However, you will not get Food Stamp Benefits  
after \_\_\_\_\_ unless you are recertified. If you, a member of your household or your  
authorized representative do not turn in your recertification form, complete an interview and give any required  
documentation, you will not get Food Stamp Benefits unless you apply again and are eligible. If any proof is still  
needed after the interview, you will be told what you need to bring, and you will have at least ten (10) days to  
submit it. This decision is based on 18 NYCRR § 387.17.

**What If I No Longer Want or Need Assistance?**

If you do not want or need Cash Assistance, SNAP benefits and/or medical assistance, please tell us. If you want any of these benefits to stop, check the box(es) below next to the benefit(s) and tell us the reason why. It is important for you to tell us why you want your case closed, because, depending on the reason, you may be able to get medical assistance for up to a year. You may also be able to get help with your child care expenses.

If you check any of the box(es) below, sign, date and send this form to the address of the Job Center listed on page one of this form.

- I do not want or need CASH ASSISTANCE. If you checked this box but still want Food Stamp Benefits, you must submit a recertification application in the manner explained in the Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits section of this notice (see Form **EXP-908T Insert**). Your medical assistance will continue unless you also check the next box.
- I do not want MEDICAL ASSISTANCE.
- I do not want SNAP BENEFITS.

Reason:

SAMPLE

\_\_\_\_\_  
Participant's Signature Case Number Date Signed

**BE SURE TO READ THE ATTACHED INSERT  
FOR YOUR INTERVIEW/APPLICATION RIGHTS FOR FOOD STAMP BENEFITS AND  
CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION.**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Nombre del Trabajador: \_\_\_\_\_  
Num. de Tel. del Trabajador: \_\_\_\_\_  
Núm. de Tel. de FH&C: \_\_\_\_\_  
Audiencia Imparcial: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cita de Recertificación Mediante Videoconferencia

**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 la presente le informamos de que usted tiene que participar en una entrevista de recertificación mediante videoconferencia para ayudarnos a determinar si usted aún tiene derecho a recibir:

Asistencia en Efectivo     Beneficios de SNAPs

La fecha de su cita es el \_\_\_\_\_ . La hora de su entrevista es \_\_\_\_\_ .  
(Fecha) (Hora)

La cita de recertificación mediante videoconferencia tendrá lugar en el centro de rehabilitación Phoenix Academy de Yorktown. Un miembro del personal le brindará ayuda respecto al trámite de recertificación.

Si usted no puede cumplir la entrevista o si falta a ella, llame al \_\_\_\_\_ tan pronto posible para reprogramar otra cita.

**Asegúrese de leer la sección de las hojas adjuntas EXP-908T (S) "Derechos respecto a Solicitud/ Entrevista de beneficios de SNAP".**

Según el/los programa(s) respecto al/a los cual(es) usted se vaya a recertificar, usted necesitará proporcionar datos correspondientes y comprobantes de lo marcado a continuación explicando su situación actual al igual que cualquier cambio respecto a la misma. Si necesita ayuda para obtener los comprobantes en cuestión, favor de hacérselo saber a su Trabajador tan pronto posible.

Su solicitud de recertificación se tramitará y archivará mediante sistema computarizado. Usted debe traer a la entrevista toda documentación solicitada en el presente aviso.

**Pruebas que deberá traer a la Entrevista de Asistencia en Efectivo – Usted deberá:**

- proporcionar datos respecto de las personas que viven en su hogar;
- probar que las personas que reciben asistencia viven en su hogar;
- presentar comprobantes de sus gastos (como alquiler, servicios públicos, cuidado infantil);
- presentar comprobante respecto de cualquier ingreso que usted reciba;
- presentar comprobante de cualquier activo financiero que usted posea;
- presentar comprobante respecto de cualquier cambio en su estado de vivienda, como un cambio en el número de personas.

**Pruebas que deberá traer a la Entrevista de Beneficios de SNAP – Traiga comprobantes al día de todo lo que le corresponda a continuación:**

- ingreso salarial de las últimas cuatro semanas;
- cualquier cambio de \$100 o más en la cantidad del ingreso mensual no salarial de su hogar;
- todo gasto médico desde la fecha de su más reciente solicitud o recertificación de cualquier miembro de su hogar que tenga 60 años de edad o más o que esté incapacitado;
- recursos, gastos de vivienda (alquiler, electricidad y gas, calefacción, teléfono, etc.), tamaño de la familia y/o gastos de cuidado infantil.

**Además, usted debe traer:**

- El siguiente miembro del caso \_\_\_\_\_ debe tomarse imágenes dactilares. Durante la entrevista se programará la toma de imágenes dactilares del miembro del caso en cuestión.
- Según nuestros archivos \_\_\_\_\_ cumplirá 18 años de edad el próximo mes. Usted debe proporcionar una carta escolar que indique la fecha de graduación anticipada.
- No hemos verificado la asistencia escolar de \_\_\_\_\_ Usted debe ir a la escuela para obtener comprobantes para la(s) persona(s) indicada(s) más arriba. No es preciso que obtenga comprobantes escolares para personas no indicadas.
- No hemos verificado la asistencia escolar de \_\_\_\_\_ Usted debe ir a la escuela para obtener comprobantes para la(s) persona(s) indicada(s) más arriba. No es preciso que obtenga comprobantes escolares para personas no indicadas.
- Si su caso, tal como se indica más abajo, es de Asistencia Familiar (Family Assistance – FA) y usted (incluidos otros miembros adultos del hogar) ha(n) recibido 58 meses o más de Asistencia en Efectivo (indicada en la casilla Número de Meses de Asistencia en Efectivo Utilizada más abajo) usted y todos los miembros adultos de su hogar deben presentarse a esta entrevista.

Conteo de Fecha Límite – Las leyes Federales y Estatales estipulan un plazo respecto a la asistencia en efectivo para todos los adultos. Según nuestros archivos el número de caso que aparece más abajo tiene el número de meses de seguimiento de asistencia utilizada como se indica a continuación.

Número del Caso	Sufijo	Tipo de Caso	Número de Meses de Asistencia en Efectivo Utilizada	As of Date

**\*Niños menores de edad están exentos del conteo de tiempo límite, A MENOS QUE el/ella sea la cabeza del hogar.**

Un niño menor de edad es considerado la cabeza del hogar cuando él es el cesionario de su familia. En el caso de que un niño menor de edad resida en un hogar supervisado por un adulto, en el cual los pagos se efectúen a otra persona que no sea el menor, y que dicha persona disponga del manejo de los fondos, el niño menor no es considerado "la cabeza del hogar" y no se le computará éste tiempo como parte del conteo de tiempo límite mientras viva en dichas condiciones.

Un niño menor el cual NO ES la cabeza del hogar es aquel que es menor de 18 años, o que está entre las edades de 18 y 19 años de edad y es estudiante de secundaria a tiempo completo, o del nivel equivalente en una escuela vocacional o técnica.

**Otros Datos:**

- Proporcione el número de Seguro Social de \_\_\_\_\_
- Proporcione el número de Seguro Social de \_\_\_\_\_

- Según nuestros archivos usted ha recibido contribuciones por alquiler en exceso, y/o matrícula escolar u otros gastos domiciliarios. Traiga comprobante de parte de la persona quien haga las contribuciones.
- Hemos recibido información que discrepa respecto a su dirección. Favor de proporcionar comprobante de su dirección de parte de su casero o administrador de vivienda. Los propietarios de viviendas deben proporcionar el título de propiedad y estado de cuenta hipotecario.
- Proporcionar datos al día respecto a \_\_\_\_\_
- Hemos recibido información de que \_\_\_\_\_ se ha casado. El nuevo cónyuge debe acompañarle a la cita de recertificación con comprobante de su ingreso y medios económicos.
- Hemos recibido información de parte de la Administración de Seguro Social (Social Security Administration) de que usted u otro miembro de su hogar recibe Ingreso Suplemental de Seguridad (Supplemental Security Income – SSI) o Seguro para Retirados Supervivientes Incapacitados (Retirement Survivors Disability Insurance – RSDI). Traiga a la entrevista sus cartas de asignación o copia de su más reciente cheque.
- Hemos recibido información de parte del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (New York State Department of Labor) de que usted u otro miembro de su hogar recibe Seguro de Desempleo (Unemployment Insurance Benefits – UIB). Favor de traer su carta de asignación de UIB.

Hemos recibido información que indica que usted u otros miembros de su hogar dispone(n) de dinero en depósito como aparece a continuación:

Nombre	Banco/Institución Financiera	Número de Cuenta	Cantidad
SAMPLE			

Hemos recibido información de

...está/estuvo empleado durante...	Año

Necesitamos información respecto a empleo pasado y actual (talones de paga, carta por parte de su empleador). Si ya no trabaja, debe presentar prueba de ello.

**¿Qué Pasaría Si No Me Presento a la Entrevista?**

**Asistencia Pública** – Si usted no se presenta a la entrevista, supondremos que no desea asistencia pública, y procederemos a cerrar su caso. Le enviaremos un aviso informándole de la fecha de cierre. Esta decisión se toma conforme a 18 NYCRR § 351.22.

**Asistencia Médica** – No se precisa de una entrevista en persona para continuar la asistencia médica. Sin embargo, usted debe informar a nuestro departamento de cualquier cambio de dirección, ingreso, medios económicos o número de miembros del hogar.

**Beneficios de SNAP** – Si usted no presenta su solicitud de recertificación para el \_\_\_\_\_ y  
Último Día del Período de Certificación  
y aún es elegible, recibirá beneficios de SNAP ininterrumpidos. Sin embargo, usted no recibirá beneficios  
de SNAP después del \_\_\_\_\_ a menos que se haya recertificado Si usted, un miembro  
Último Día del Período de Certificación

de su hogar o su representante autorizado no devuelve(n) su formulario de recertificación, no se presenta(n) a una entrevista y proporciona(n) toda documentación solicitada, usted no recibirá beneficios de SNAP, a menos que vuelva a solicitar y que tenga derecho a ello. Si se necesita alguna otra prueba después de la entrevista, se le informará respecto a los documentos precisos, y se le otorgará un plazo de diez días para presentar los documentos en cuestión. Esta decisión se toma conforme a 18 NYCRR § 387.17.

### ¿Qué Tal Si Ya No Deseo o Necesito Asistencia?

Si usted ni quiere ni necesita asistencia pública, beneficios de SNAP y/o asistencia médica, favor de informarnos de ello. Si desea que se discontinúen cualquiera de dichos beneficios, marque la(s) casilla(s) más abajo al lado de el/los beneficio(s) y detalle sus motivos. Es importante que usted nos informe de la razón por la cual desea que se cierre su caso, puesto que, según la naturaleza de esta razón, usted podría obtener asistencia médica hasta por un año. Es posible que también pueda obtener asistencia respecto al cuidado infantil.

Si usted marca cualquiera de la(s) casilla(s) más abajo, firme, feche y envíe el presente formulario a la dirección del Centro de Trabajo que aparece en la página uno de este mismo formulario.

- No deseo ni necesito ASISTENCIA PÚBLICA. Si usted marca esta casilla pero aún desea beneficios de SNAP, debe presentar una solicitud de recertificación de la manera que se explica en la sección de este aviso Derechos respecto a la Solicitud/Entrevista de beneficios de SNAP (vea el Formulario EXP-908T Insert [S]). Su asistencia médica continuará a menos que usted también marque la próxima casilla
- No deseo ASISTENCIA MÉDICA.
- No deseo BENEFICIOS DE SNAP.

Razón:

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Número de Caso

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma

**ASEGÚRESE DE LEER LAS HOJAS ADJUNTAS  
SOBRE SUS DERECHOS RESPECTO A LA SOLICITUD/ENTREVISTA DE SNAP  
Y SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES.**

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

Case Number: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

Center: \_\_\_\_\_

## Notice of Recertification Appointment (EXP-908T) Insert Interview/Application Rights for the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

You have a right to:

- request that the SNAP in-office interview be waived in hardship situations. Hardship generally includes, but is not limited to, illness, transportation difficulties, care of household member, hardship due to residency in a rural area, prolonged severe weather, or work or training hours that prevent you from coming during regular office hours.
- ask for an application for SNAP benefits. This office must accept the application as long as it is signed and has a readable name (and address, if you have one).
- apply for SNAP benefits in person, by mail, fax or through an authorized representative. An interview may be required.

If all members of your household are now receiving Supplemental Security Income (SSI) or plan to apply for SSI, you may apply for SNAP benefits at the Social Security Office instead of turning in your recertification form at the SNAP Center. If you choose to do this, the Social Security Office must also get your application by (see page 4 of the Recertification Appointment [EXP-908T]). They will interview you and send your application and supporting documents to the SNAP Center to see if you can still get SNAP benefits.

### Services and Other Information

- Social Services may provide information and education about family planning for up to 90 days from the effective date stated in this notice. A loss of Cash Assistance and medical assistance benefits will require a redetermination of your eligibility for social services within 30 days of such a decision. This does not necessarily mean that these services will be terminated. It means that your continuing eligibility for these services will have to be redetermined. For further information, please contact your Worker.
- If you are getting public assistance, medical assistance or SNAP benefits, you may be able to get a discount on your phone service. For information on LIFELINE, call Verizon toll-free at (800) 555-5000.
- Although you may no longer be eligible for Cash Assistance, SNAP benefits or Medical Assistance, you still may be eligible for assistance with your heating costs by applying for the Home Energy Assistance Program (HEAP). Information on HEAP can be obtained by calling HEAP Central at (800) 692-0557.

**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.



## 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.

**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.





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

Case Number: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

Center: \_\_\_\_\_

## **Aviso de Cita para Recertificación de Videconferencia (EXP-908T) Insert (S) Derechos de Entrevista/Solicitud de Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP)**

Usted tiene el derecho de

- solicitar que la entrevista de SNAP en la Oficina sea dispensada debido a dificultades. En general, se pueden citar algunas dificultades entre las cuales están incluidas, las enfermedades, el transporte, cuidar a un miembro del hogar, el residir en un área rural, mal tiempo prolongado, el trabajo u horas de capacitación que le impidan acudir durante un horario normal de oficina.
- pedir una solicitud de beneficios de SNAP. Esta oficina debe aceptar la solicitud siempre y cuando esté firmada y tenga el nombre y (la dirección si la tiene) legible(s).
- solicitar Beneficios de SNAP en persona, por correo, fax o a través de un representante autorizado. Puede que se le requiera una entrevista.

Si todos los miembros de su hogar actualmente reciben el Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income – SSI) o tiene planes para solicitar SSI, usted puede solicitar beneficios de SNAP en la oficina del Seguro Social en vez de presentar su formulario de recertificación al Centro de SNAP. Si así decidiera hacerlo, la Oficina del Seguro Social también debe recibir su solicitud antes del (vea la página 4 del Aviso de Cita de Recertificación Mediante Videoconferencia [EXP-908T (S)]). Ellos le entrevistarán y le enviarán su solicitud con documentos correspondientes a la oficina de beneficios de SNAP para determinar si todavía puede recibir beneficios de SNAP.

### **Servicios y Otras Informaciones**

- La Oficina de Servicios Sociales puede proporcionar información y educación sobre la planificación familiar por un período máximo de 90 días a partir de la fecha de vigencia indicada en este aviso. Si se pierden los beneficios de asistencia pública y médica será necesario redeterminar su elegibilidad para servicios sociales dentro de 30 días de dicha decisión. Esto no necesariamente significa que estos servicios serán suspendidos. Esto significa que su elegibilidad continua para estos servicios tendrá que ser determinada nuevamente. Para más información, favor de comunicarse con su Trabajador.
- Si usted recibe asistencia pública, asistencia médica o beneficios de SNAP, tal vez pueda recibir un descuento en su servicio de teléfono. Para más información sobre LIFELINE, llame gratuitamente a Verizon al (800) 555-5000.
- Aunque ya no sea elegible para Asistencia en Efectivo, beneficios de SNAP o Asistencia Médica, usted todavía puede ser elegible para asistencia con sus gastos de calefacción solicitando al Programa de Asistencia para Energía en el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP). Información sobre HEAP se puede obtener llamando a la Central de HEAP al (800) 692-0557.

**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.

## 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 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 Asistencia 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:** Llene una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
<http://www.ctda.ny.gov/pah/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 facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar cómo 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 sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública, asistencia médica o servicios sociales y noventa (90) días para asuntos de SNAP.

Si no logra comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (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: \_\_\_\_\_