



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

### Fair Hearing Resolution Statement

Based on the Agency's determination to resolve **all** or **some** issues of your Fair Hearing request, the following action(s) have been taken on your case.

[ ] Not all issues of your Fair Hearing request were resolved.

#### Cash Assistance: Food and Other

- We are issuing you \$ \_\_\_\_\_ as a nonrecurring or retroactive Cash Assistance grant for \_\_\_\_\_ . This benefit will be available to you on or before \_\_\_\_\_ .  
(Period covered) (Date)
- Immediately before your Fair Hearing request, your semimonthly Cash Assistance grant was \$ \_\_\_\_\_ . Effective \_\_\_\_\_ , your semimonthly Cash Assistance grant will be \$ \_\_\_\_\_ .  
(Date)
- Your restored benefits mentioned above are being offset by recoupment(s) not at issue in this Fair Hearing request, reducing your semimonthly Cash Assistance grant.
- You did not lose any Cash Assistance benefits because you received aid-continuing Cash Assistance. Therefore, your Cash Assistance benefits remain the same.
- Your Cash Assistance benefits remain unchanged.
- We are not issuing any Cash Assistance benefits at this time because you are currently ineligible for benefits based on reasons not related to the issues addressed in this Fair Hearing request.

**Shelter Allowance**

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

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

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

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

Your shelter supplement \_\_\_\_\_ was restored on \_\_\_\_\_.  
(Example: FEPS, etc.) (Date)

We are unable to restore your shelter supplement \_\_\_\_\_; because  
(Example: FEPS, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**Other Actions**

SAMPLE

The Agency's determination to sanction was reversed and the Cash Assistance and/or SNAP benefits sanction for \_\_\_\_\_ was deleted/lifted. Cash Assistance benefits in the amount of \$ \_\_\_\_\_ issued for period \_\_\_\_\_. SNAP benefits in the amount of \$ \_\_\_\_\_ issued for period \_\_\_\_\_.

(Participant's Name)

The recoupment, RTI # \_\_\_\_\_  remains unchanged or  was deleted.

The recoupment, RTI # \_\_\_\_\_  remains unchanged or  was deleted.

The recoupment, RTI # \_\_\_\_\_  remains unchanged or  was deleted.

[ ] Cash Assistance in the amount of \$ \_\_\_\_\_ issued for period \_\_\_\_\_.

Your budget was changed because \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

There was no interruption in Child Care.

Your Child Care has been reinstated effective \_\_\_\_\_.  
(Date)

- In order to receive retroactive and/or ongoing child care, you or your provider must forward verification of child care services and/or time-sheets to the Administration for Children's Services' Voucher Payment Unit at (212) 227-2257.
- You are not eligible for child care because \_\_\_\_\_

**SNAP Benefits**

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

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

- Immediately before your Fair Hearing request, your monthly SNAP benefits were \$\_\_\_\_\_.  
Effective \_\_\_\_\_, your monthly SNAP benefits will be \$\_\_\_\_\_.  
(Date)

- The restored SNAP benefits mentioned above are being offset by recoupment(s) not at issue in this Fair Hearing request, reducing your ongoing SNAP benefit.
- You did not lose any SNAP benefits because you received aid-continuing. Therefore, your SNAP benefits remain the same.
- We are not issuing any SNAP benefits at this time because your certification period has expired.
- Your SNAP benefits remain unchanged.

SAMPLE

**Medical Assistance**

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

Comments (Optional):

\_\_\_\_\_  
Worker's Name

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Supervisor's Name

\_\_\_\_\_  
Date

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Número de la Audiencia Imparcial (FH): \_\_\_\_\_

### Declaración de la Resolución de la Audiencia Imparcial

Según la determinación de la Agencia de resolver **todos** o **algunos** de los problemas de su petición de Audiencia Imparcial, se han tomado la(s) siguiente(s) medida(s) respecto a su caso.

[ ] No se resolvieron todos los problemas de su petición de Audiencia Imparcial.

#### Asistencia en Efectivo: Alimentos y Otros Beneficios

- Le estamos asignando \$ \_\_\_\_\_ como concesión de Asistencia en Efectivo no recurrente o retroactiva para el \_\_\_\_\_ (Período de cobertura). Este beneficio estará disponible para usted a más tardar el \_\_\_\_\_ (Fecha).
- Inmediatamente antes de su petición de Audiencia Imparcial, su concesión quincenal de Asistencia en Efectivo era de \$ \_\_\_\_\_. A partir del \_\_\_\_\_ (Fecha), su concesión quincenal de Asistencia en Efectivo será de \$ \_\_\_\_\_.
- Sus beneficios restituidos mencionados más arriba se están reduciendo debido a recuperaciones no relacionadas con esta petición de Audiencia Imparcial, lo que reduce su concesión quincenal de Asistencia en Efectivo.
- Usted no perdió ningún beneficio de Asistencia en Efectivo por haber recibido Asistencia en Efectivo continua. Por lo tanto, sus beneficios de Asistencia en Efectivo permanecerán sin cambios.
- Sus beneficios de Asistencia en Efectivo permanecerá sin cambios.
- En este momento no estamos asignando ningún beneficio de Asistencia en Efectivo, debido a que usted actualmente es inelegible para beneficios por razones no relacionadas con la petición de Audiencia Imparcial.

### Concesión de Albergue

- Le estamos asignando \$ \_\_\_\_\_ como concesión de albergue por \_\_\_\_\_.  
(Período de cobertura)  
Este beneficio se asignará directamente a su casero a más tardar el \_\_\_\_\_.  
(Fecha)
- Inmediatamente antes de su petición de Audiencia Imparcial, su concesión quincenal de albergue era de \$ \_\_\_\_\_. A partir de \_\_\_\_\_, su concesión de albergue será de \$ \_\_\_\_\_.  
(Fecha)
- Su suplemento de albergue \_\_\_\_\_ se restituyó el \_\_\_\_\_.  
(Ejemplos: FEPS, etc.) (Fecha)
- No podemos restituir su suplemento de albergue \_\_\_\_\_; porque  
(Ejemplos: FEPS, etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
- En este momento no estamos asignando ningún beneficio de albergue, debido a que usted actualmente es inelegible para beneficios por razones no relacionadas con la petición de Audiencia Imparcial.

### Otras Medidas

- La determinación de la Agencia de sancionar fue revocada y la sanción de Asistencia en Efectivo y/o beneficios de SNAP de \_\_\_\_\_ fue anulada/levantada. Beneficios de Asistencia en Efectivo por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ asignados por el período \_\_\_\_\_. Beneficios de SNAP por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ asignados por el período \_\_\_\_\_.  
(Nombre del Participante)
- El reembolso, # RTI \_\_\_\_\_  sigue sin cambios o  fue anulado.
- El reembolso, # RTI \_\_\_\_\_  sigue sin cambios o  fue anulado.
- El reembolso, # RTI \_\_\_\_\_  sigue sin cambios o  fue anulado.  
[ ] Asistencia en Efectivo por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ asignado por el período de \_\_\_\_\_
- Su presupuesto se cambió porque \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
- No hubo interrupción del Cuidado Infantil
- Su Cuidado Infantil ha sido restituido a partir de \_\_\_\_\_  
(Fecha)

Para recibir cuidado infantil retroactivo y/o continuo, usted o su proveedor tienen que presentar comprobante de servicios de cuidado infantil y/o horarios de asistencia a la Unidad de Comprobante de Pago de la Administración de Servicios al Niño (Administration for Children's Services Voucher Payment Unit) al (212) 227-2257.

Usted no es elegible para Cuidado Infantil porque \_\_\_\_\_

**Beneficios de SNAP**

Le estamos asignando \$ \_\_\_\_\_ en beneficios retroactivos de SNAP para \_\_\_\_\_.  
(Período de cobertura)

Estos beneficios de SNAP estarán a su disposición después del \_\_\_\_\_.  
(Fecha)

Inmediatamente antes de su petición de Audiencia Imparcial, sus beneficios mensuales de SNAP era de \$ \_\_\_\_\_. A partir del \_\_\_\_\_, la cantidad de sus beneficios de SNAP será \$ \_\_\_\_\_.  
(Fecha)

Los beneficios restituidos de SNAP mencionados más arriba se recuperan debido a recuperación(es) no relacionada(s) con esta petición de Audiencia Imparcial, lo que reduce su beneficio continuo de SNAP.

Usted no perdió beneficios algunos de SNAP porque recibió asistencia continua. Por lo tanto, sus beneficios de SNAP permanecerán sin cambios.

No le estamos asignando beneficios algunos de SNAP en este momento porque su período de certificación se ha vencido.

Sus beneficios de SNAP permanecerán sin cambios.

**Asistencia Médica**

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

Comentarios (Opcionales):

\_\_\_\_\_  
Nombre del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha