



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 #14-06-OPE

OBSOLETE FORMS

Date: January 21, 2014	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p> Please use Print on Demand to obtain copies of forms.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all staff that the following forms are now obsolete because they are either outdated and/or the intended programs are no longer applicable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notice of Requirement to Provide Documentation of Value of Licensed Vehicle at Recertification Interview (M-4R) • Request for Transfer of Application Case to the ADVENT Unit (M-17) • Notice Information About Signing Consent For The Disclosure Of Medicaid Records Regarding Your Prior Receipt Of Medical, Mental Health, Alcoholism And Substance Abuse Treatment (M-75G) <p>Center Directors must ensure that all previous versions of the forms and their multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.</p> <p>Samples of the obsolete forms are attached.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p>Attachments:</p> <p>M-4R Notice of Requirement to Provide Documentation of Value of Licensed Vehicle at Recertification Interview (Obsolete)</p> <p>M-17 Request for Transfer of Application Case to the ADVENT Unit (Obsolete)</p> <p>M-75G Notice Information About Signing Consent For The Disclosure Of Medicaid Records Regarding Your Prior Receipt Of Medical, Mental Health, Alcoholism And Substance Abuse Treatment) (Obsolete)</p>

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

M-75G (S)

Notice Information About Signing Consent For The Disclosure Of Medicaid Records Regarding Your Prior Receipt Of Medical, Mental Health, Alcoholism And Substance Abuse Treatment) (Spanish) (Obsolete)



Food Stamp Program
GPO Box C9030
Brooklyn N.Y. 11202-9030

Date: _____

Case Name: _____

Case Number: _____

**Notice of Requirement to Provide Documentation of
Value of Licensed Vehicle at Recertification Interview**

OBSOLETE

We have been informed through a computer match that you own the vehicle listed below:

Make/Model _____ Year _____

If the current value of a non-exempt vehicle is more than \$4,650, the amount over \$4,650 may be considered a resource available to the household.

The maximum amount of resources that you may have and remain eligible for food stamps is \$2,000. For households containing a member age 60 or over, the maximum is \$3,000. Other countable resources include, but are not limited to: bank accounts, stocks, bonds, and mutual fund shares.

We will ask you to verify your resources at the time of your recertification interview. Please bring the car registration and title documents for the vehicle listed above. Also bring verification of the value of any other countable resources that you or any other member of your household possess.

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

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



Food Stamp Program
GPO Box C9030
Brooklyn N.Y. 11202-9030

Fecha: _____

Nombre del Caso: _____

Número del Caso: _____

**Aviso del Requisito de Proveer Documentación Sobre el Valor
del Vehículo Registrado en su Entrevista de Recertificación**

OBSOLETE

Estimado(a) Participante:

Hemos recibido información a través de un cotejo computadorizado que usted es dueño del vehículo indicado a continuación:

Marca/Modelo _____ Año _____

Si el valor actual de un vehículo, no exento, excede \$4,650, la cantidad en exceso de \$4,650 puede ser considerada un recurso disponible para su hogar.

La cantidad máxima de recursos que puede poseer y permanecer elegible para cupones de alimentos es \$2,000. Para hogares que tienen un miembro de 60 años o más, el máximo es 3,000. Otros recursos contables incluyen, pero no son limitados a: cuentas bancarias, acciones, bonos, y fondos mutuos.

En su entrevista de recertificación nosotros le pediremos a usted que provea verificación sobre sus recursos. Favor de traer la registración del vehículo y los documentos de propiedad para el vehículo indicado arriba. Favor de también traer verificación del valor de cualquier otro recurso contable que usted o cualquier otro miembro de su hogar posee.

IMPORTANTE: Usted recibirá notificación por separado de la hora y lugar de su entrevista de recertificación.

Favor de traer esta carta con usted a su entrevista de recertificación.



Request for Transfer of Application Case to the ADVENT Unit

Request Date: _____

DV Liaison: _____

Name	App-Reg/Case Number	Center Number	Mailing Address	FS Date Filing	Appl. Due Date*	ADVENT Center/Caseload	Transfer Due Date	Transferred (T) or Rejected (R) in WMS/Date
OBsolete								

*Transfer must be processed within five days from the application due date.



Notice

Information about signing consent for the disclosure of Medicaid records regarding your prior receipt of Medical, Mental Health, Alcoholism and Substance abuse treatment

This notice applies if you are applying for Public Assistance (welfare and/or Medicaid) or you are seeking to recertify your eligibility for Public Assistance and/or Medicaid.

Some Important Facts about your Receipt of Public Assistance/Medicaid

Federal and State laws place limits on the length of time you can receive cash. If you exceed the federal or state time limit, you will not receive cash assistance benefits and will be limited to non-cash benefits under the state/locally funded Safety Net Non-Cash program (SNNC.)

Also, if you have an alcohol or substance abuse problem you may be required to undergo an assessment and possibly referred to treatment. Federal and state laws also require that if you receive Public Assistance or Food Stamps you may have to participate in work and/or other activities, as conditions of eligibility. In addition, some persons who receive Medicaid must participate in substance abuse screening, assessment and treatment.

These rules apply to

- Adults or head of households who apply for or receive cash assistance,
- Single individuals
- Childless couples
- Some adults in intact households who do not have a certified disability and who are over 21 or under 65 years of age and who are applying for or receiving Medicaid

OBSOLETE

Purpose and Benefits of Consent

Many individuals have problems that make it difficult for them to move from welfare to work. These may include medical illnesses, emotional problems, difficulties with alcohol or drugs, trouble accessing day care, as well as other conditions. HRA has programs that can help people deal with these problems, receive treatment, and enable them to move from welfare to work. In order to provide you with needed services, HRA must be aware of any problems you may have that limit your ability to work and become self-sufficient. HRA may temporarily exempt from work requirements individuals that require intensive treatment for medical, emotional or substance abuse problems.

The attached releases will give HRA access to information in your Medicaid files that will help to determine if you may need special services to help you with medical, emotional or substance abuse problems. If you need special services, HRA will make arrangements for your to receive them. The releases will only access Medicaid records dealing with medical, emotional and substance abuse treatment for the past 24 months.

Important Considerations before You give Consent

The information obtained from your Medicaid records will be used to determine if you should receive a more comprehensive assessment for medical, emotional, alcohol and/or substance abuse problems which will determine your ability to work and/or your need for treatment. If you are unable to work as a result of an alcohol or

drug problem you will be referred to treatment which you will be required to attend. If you do not participate in the assessment or in the recommended treatment, you will lose your public assistance or Medicaid.

The attached **consent for disclosure of medical assistance program records** and **consent for disclosure of medical assistance program records of alcoholism and substance abuse treatment** gives HRA permission to look at your Medicaid records to help determine if you have a medical, emotional, alcohol and/or substance abuse problem. These consent forms also authorize the agency to redisclose this information to the Social Security Administration for the limited purpose of applying for benefits from the Social Security Administration. The information in your file will help HRA to determine if you need special accommodations or services if you have to engage in work activities for public assistance recipients, and will assist the Agency to make appropriate referrals for treatment and other services you may need to become self-sufficient.

Your Decision to Sign the Consent Form is Voluntary

Your decision not to sign one or both of these forms or to rescind one or both of them will not affect your eligibility for public assistance and/or medical assistance benefits. It will not terminate your benefits.

Any information received remains confidential. It can only be redisclosed for the purpose of getting you additional services and/or benefits. The information will not be redisclosed for any other purposes unless specific consent is obtained. Signing these releases does **not** authorize the disclosure of confidential HIV-related information. The **consent can be withdrawn** at any time by notifying your HRA caseworker.

OBSOLETE



Aviso

Información sobre la firma del consentimiento para la divulgación de expedientes de Medicaid referentes a su recibo anterior de tratamiento Médico, de Salud Mental, de Alcoholismo y abuso de Drogas

Este aviso le atañe si usted está solicitando Asistencia Pública (asistencia social y/o Medicaid) o si usted tiene la intención de recertificar su elegibilidad para Asistencia Pública y/o Medicaid.

Ciertos Detalles Importantes acerca de su Recibo de Asistencia Pública/Medicaid

Las leyes Federales y Estatales han fijado límites al período de tiempo durante el cual usted puede recibir dinero en efectivo. Si usted excede el límite de tiempo federal o estatal, no podrá recibir beneficios de asistencia en efectivo y será limitado(a) a beneficios no en efectivo bajo el programa de Safety Net Non-Cash (SNNC) suministrado estatal/localmente.

Además, si usted tiene un problema de alcoholismo o abuso de drogas se le puede exigir que se someta a una evaluación y posiblemente puede ser referido(a) a tratamiento. Las leyes Federales y estatales también requieren que si usted recibe Asistencia Pública o Cupones de Alimentos se le puede exigir que trabaje y/o participe en otras actividades, como condiciones para su elegibilidad. Además, a ciertas personas que reciben Medicaid se les requiere que sean evaluadas y tratadas para el abuso de drogas.

Estas reglas le atañen a:

- Los adultos o las cabezas de familias quienes soliciten o reciban asistencia en efectivo,
- Las personas solteras
- Las parejas sin niños
- Ciertos adultos que se encuentren en hogares intactos quienes no tengan una invalidez certificada y que tengan más de 21 años de edad o menos de 65 años y quienes estén solicitando o recibiendo Medicaid

Propósito y Beneficios del Consentimiento

Muchas personas tienen problemas que les causan dificultades en hacer la transición de la asistencia social al trabajo. Esto puede incluir enfermedades, problemas emocionales, problemas de alcoholismo o drogas, dificultades de acceso a guarderías infantiles, así como también otros problemas. La HRA tiene programas que pueden ayudarle a enfrentarse con estos problemas, recibir tratamiento, y permitirle hacer la transición de la asistencia social al trabajo. A fin de proveerle de servicios que usted necesite, la HRA tiene que estar al tanto de cualquier problema que usted tenga que limite sus posibilidades de trabajar y ser independiente. La HRA puede eximir temporalmente de requisitos de trabajo a las personas que requieran tratamiento intensivo para problemas médicos, emocionales, o de abuso de drogas.

Las autorizaciones adjuntas le otorgan acceso a la HRA a información en su expediente de Medicaid que servirá para determinar si usted necesita servicios especiales para ayudarle con problemas médicos, emocionales o de abuso de drogas. Si usted necesita servicios especiales, la HRA se encargará de hacer los arreglos para que usted pueda recibir dichos servicios. Las autorizaciones sólo otorgan acceso a expedientes de Medicaid referentes a tratamiento médico, emocional y de abuso de drogas durante los últimos 24 meses.

Factores Importantes que usted debe Considerar antes de dar su Consentimiento

La información que se obtenga de su expediente de Medicaid se usará para determinar si usted debiera recibir una evaluación más completa para problemas médicos, emocionales, de abuso de alcoholismo y/o drogas los cuales servirán para determinar su disponibilidad para trabajar y/o sus necesidad de tratamiento. Si usted no

puede trabajar a causa de un problema de alcoholismo o drogas usted será referido a tratamiento al cual tendrá la obligación de asistir. Si usted no se somete a la evaluación o si usted no participa en el tratamiento recomendado, usted perderá su asistencia pública o Medicaid.

El adjunto **consentimiento para la divulgación del expediente del programa de asistencia médica y el consentimiento para la divulgación de los expedientes de tratamiento para alcoholismo y abuso de drogas del programa de asistencia médica** le conceden a la HRA el permiso de revisar su expediente de Medicaid para poder determinar si usted padece de un problema médico, emocional, o de alcoholismo y/o abuso de drogas. Estos formularios de consentimiento también autorizan a la administración a volver a divulgar esta información a la Administración del Seguro Social para el propósito limitado de una solicitud para beneficios de la Administración del Seguro Social. La información en su expediente le permitirá determinar a la HRA si usted necesita arreglos o servicios especiales si usted tiene que tomar parte en actividades de trabajo para los destinatarios de asistencia pública, y le permitirá a la Administración a referirle apropiadamente para tratamiento y otros servicios que usted pueda necesitar para ser independiente.

Su Decisión de Firmar el Formulario de Consentimiento es Voluntaria

Su decisión de no firmar uno o ambos de estos formularios o de rescindir uno o ambos de ellos no afectará su elegibilidad para asistencia pública y/o beneficios de asistencia médica. Estas decisiones no terminarán sus beneficios.

Cualquier información recibida permanecerá confidencial. La información solo puede ser divulgada nuevamente con el objeto de conseguirle a usted servicios y/o beneficios adicionales. Esta información no será divulgada con ningún otro objeto a menos que se obtenga un consentimiento explícito. El firmar estas autorizaciones ***no*** constituye un permiso para la divulgación de información confidencial relacionada al VIH. Este **consentimiento puede ser rescindido** en cualquier momento por medio de un aviso a su trabajador de caso de la HRA.

OBSOLETE