



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 #14-51-OPE

REVISIONS TO SELECTED FORMS

Date: May 7, 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 Job Center, Cash Assistance (CA) and Non-Cash Assistance (NCA) Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) staff that the following forms have been revised to provide clarity or reflect the current logo, the Commissioner's name change and Agency's terminology.</p> <ul style="list-style-type: none"> • M-687k (Insert) Notice in reference to applying for Safety Net Assistance • W-119D Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide • W-209 Notice in reference to public assistance case being closed • W-451 NYPD- Job Center Report/Referral • W-532N CASAC Reassessment • W-907HH Notice to landlords in reference to questionnaire <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 revised forms are attached.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p>Attachments:</p> <table border="0"> <tr> <td>M-687k (Insert)</td> <td>Notice in reference to applying for Safety Net Assistance (Rev. 5/7/14)</td> </tr> <tr> <td>W-119D</td> <td>Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (Rev. 5/7/14)</td> </tr> <tr> <td>W-119D (S)</td> <td>Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (Spanish) (Rev. 5/7/14)</td> </tr> <tr> <td>W-209</td> <td>Notice in reference to public assistance case being closed (Rev. 5/7/14)</td> </tr> <tr> <td>W-451</td> <td>NYPD- Job Center Report/Referral (Rev. 5/7/14)</td> </tr> </table>	M-687k (Insert)	Notice in reference to applying for Safety Net Assistance (Rev. 5/7/14)	W-119D	Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (Rev. 5/7/14)	W-119D (S)	Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (Spanish) (Rev. 5/7/14)	W-209	Notice in reference to public assistance case being closed (Rev. 5/7/14)	W-451	NYPD- Job Center Report/Referral (Rev. 5/7/14)
M-687k (Insert)	Notice in reference to applying for Safety Net Assistance (Rev. 5/7/14)										
W-119D	Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (Rev. 5/7/14)										
W-119D (S)	Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (Spanish) (Rev. 5/7/14)										
W-209	Notice in reference to public assistance case being closed (Rev. 5/7/14)										
W-451	NYPD- Job Center Report/Referral (Rev. 5/7/14)										

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

W-532N
W-532N (S)

CASAC Reassessment (Rev. 5/7/14)
CASAC Reassessment (Spanish)
(Rev. 5/7/14)

W-907HH

Notice to landlords in reference to
questionnaire (Rev. 5/7/14)

If all required adults do not come to the application interview and all mandatory referrals without good cause, your assistance will be discontinued. We will then close your Family Assistance case when you reach the 60-month time limit and we will send you a notice or notices telling you the closing date of your Family Assistance case and how the closing of your Family Assistance case will affect your Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits and Medicaid. Your Safety Net Assistance application will then be denied.

If you apply for Safety Net Assistance after you reach your 60-month time limit, please let us know at the interview or by contacting your Worker now. If you are employed, you may be eligible for transitional child care, transitional Medical Assistance and SNAP benefits for a period of time, even if you no longer receive Cash Assistance.

If you and all adult members of your case and all non-complying members of your case apply for Safety Net Assistance, the adult(s) may be required to do applicant job search and/or may be required to be assessed for employability. Failure to do the applicant job search and/or to be assessed **WILL result in the denial of your application for Safety Net Assistance.** If your application is denied, and the adult(s) is/are willing to do the job search and/or the assessment at a later date, you would have to file another application for Safety Net Assistance at that time for you and your family.

You and other adult members of your case may also be required to accept employment. If employment is not accepted your Family Assistance case may be closed and your application for Safety Net Assistance may be denied.

If you and/or other adults in your case are working, you must bring proof of your income when you report. This documentation can be in the form of recent pay stubs or a letter from your employer. Other forms of proof can be accepted if these are not readily available. In addition you must submit documentation of any changes in your household's circumstances (someone left the house, moved into the house, etc.). You must also bring with you your most recent utility bill, the name and address of your landlord and your most recent rent receipt. This is because, if you are found eligible for Safety Net Assistance when you reach your 60-month time limit for Cash Assistance, most of your benefits will be paid directly to vendors, such as your landlord and utility company. A portion of your benefits may be provided in cash.

(vea al dorso)

Si todos los adultos bajo obligación no vienen a la entrevista de solicitud y a todos los envíos obligatorios sin motivo justificado, se discontinuarán sus beneficios de asistencia. Luego cerraremos su caso de Asistencia Familiar cuando usted alcance su límite de 60 meses y le enviaremos una notificación o notificaciones informándole la fecha de cierre de su caso de Asistencia Familiar y de cómo el cierre de su caso de Asistencia Familiar afectará sus beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y Medicaid. Entonces, se rechazará su solicitud de Asistencia de Red de Seguridad.

Si usted solicita Asistencia de Red de Seguridad después de alcanzar el límite de 60 meses, por favor déjenos saber durante la entrevista o comuníquese con su Trabajador(a) ahora. Si trabaja, usted puede reunir los requisitos para cuidado infantil de transición, Asistencia Médica de transición y beneficios de SNAP por determinado período de tiempo aún si ya no recibe Asistencia en Efectivo.

Si usted y todos los miembros adultos que no están en cumplimiento del caso solicitan Asistencia de Red de Seguridad, a el/los adulto(s) se le(s) puede exigir que realice(n) una búsqueda de empleo del solicitante y/o que sea(n) evaluado(s) para trabajar. No realizar la búsqueda de empleabilidad de solicitante y/o no evaluarse **RESULTARÁ** en el rechazo de su solicitud de Asistencia de Red de Seguridad. Si se rechaza su solicitud, y el/los adulto(s) está(n) dispuesto(s) a realizar la búsqueda de empleo y/o la evaluación en una fecha posterior, usted tendrá que presentar, para esa fecha, otra solicitud de Asistencia de Red de Seguridad para usted y su familia.

A usted y otros miembros adultos de su caso también se le(s) puede exigir que acepte(n) empleo. Si no se acepta un empleo, se puede cerrar su caso de Asistencia Familiar y se puede rechazar su solicitud de Asistencia de Red de Seguridad.

Si usted y/o otros adultos en su caso está(n) trabajando, usted tiene que traer prueba de sus ingresos cuando se presente. Esta documentación puede ser un talonario de paga reciente o una carta de su empleador. Se pueden aceptar otros tipos de pruebas si éstas no están disponibles en el momento. También tiene que presentar documentación de cualquier cambio en las circunstancias de su hogar (alguna persona abandonó el hogar o se mudó al hogar, etc.). Usted también tiene que traer consigo su más reciente factura de servicios públicos, el nombre y la dirección de su casero y su más reciente recibo de alquiler. Esto se debe a que, si se determina que usted reúne los requisitos para Asistencia de Red de Seguridad cuando alcance su límite de 60 meses para Asistencia en Efectivo, la mayoría de sus beneficios serán pagados directamente a vendedores, tales como su casero y compañía de servicios públicos. Una porción de sus beneficios puede ser provista en dinero en efectivo.

(see reverse)

Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide

Eligibility Factor	To prove this factor, provide: ONE of the following ↓ OR	TWO* of the following:
<input type="checkbox"/> Identity You must establish identity for each person listed.	<ul style="list-style-type: none"> • Photo I.D. • Driver's license • U.S. passport • Naturalization certificate • Hospital/Doctor's records • Adoption papers 	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from another person • Birth/baptismal certificate • Validated Social Security Number (SSN)
<input type="checkbox"/> Marital Status You must prove if you are married, divorced, separated or widowed (not required for the Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP]).	<ul style="list-style-type: none"> • Marriage/Death certificates • Separation agreement • Divorce decree • Social Security records • Veterans Administration (VA) records 	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from clergy • Census records • Newspaper notice • Statement from another person
<input type="checkbox"/> Relationship If you are related to a child in the household, you must prove the relationship.	<ul style="list-style-type: none"> • Birth certificate (long form) • Adoption papers/records • Court records • Medical records 	<ul style="list-style-type: none"> • Applicant's statement • Newspaper notice • Statement from clergy • Statement from another person
<input type="checkbox"/> Residence You must verify your place of residence (if applicable).	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from landlord/primary tenant • Current rent receipt or lease • Mortgage records 	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from another person • Current mail • School records
<input type="checkbox"/> Household Composition/Size You must prove who is living with you.	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from nonrelative landlord • School records 	<ul style="list-style-type: none"> • Statements from other persons
<input type="checkbox"/> Age You must prove the age of each person applying for assistance, where appropriate.	<ul style="list-style-type: none"> • Birth certificate • Baptismal records/certificate • Hospital records • Adoption papers/records • Naturalization certificate • Driver's license 	<ul style="list-style-type: none"> • Insurance policy • Census records • School records • Statement from another person • Physician statement • Official correspondence from Social Security Administration (SSA)
<input type="checkbox"/> Absence/Death of Parent(s) If the parent(s) of any child in your home is not living with you, you must prove this (not required for SNAP).	<ul style="list-style-type: none"> • Death certificate • Survivor's benefit records • Hospital records • VA or military records • Divorce papers • Proof of remarriage 	<ul style="list-style-type: none"> • Newspaper notice • Insurance company records • Institutional records • Agency case records and burial payment files • Statement from another person
<input type="checkbox"/> Absent Parent Information If the parent(s) of any child in your home is not living with you, you must provide information you have about the individual's: name, address, SSN, birth date, and employment (not required for SNAP).	<ul style="list-style-type: none"> • Pay stubs • Tax returns • Social Security or VA records • Monetary determination letters • ID cards (health insurance) • Driver's license or registration 	NA
<input type="checkbox"/> Social Security Number For Temporary Assistance, SNAP Benefits and Medical Assistance only , you do not have to provide proof of your SSN unless the SSN you give does not match the SSA's records or cannot be verified by the Agency.	<ul style="list-style-type: none"> • Social Security card • Official correspondence from SSA <p>A Social Security number is not required for aliens who are seeking Medical Assistance for emergency treatment only or are Medical Assistance – only applicants who are pregnant.</p>	NA

*If you are applying for Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits or Medical Assistance **only**, you need to bring **one form for each Eligibility Factor checked**.

Note: For SNAP, copies of documents are acceptable whenever proof of eligibility is presented. For Cash Assistance (CA) and Medical Assistance (MA), original documents are needed to verify identity and citizenship/alien status. Copies of documents for all Eligibility Factors other than identity and citizenship/alien status are acceptable.

Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide

Eligibility Factor	To prove this factor, provide ONE of the following:
<input type="checkbox"/> Citizenship or Current Alien Status Status – U.S. citizens are eligible for Temporary Assistance, the Supplemental Nutrition Assistance Program and medical assistance. Aliens must be in satisfactory immigration status in order to be eligible for Temporary Assistance, the Supplemental Nutrition Assistance Program and medical assistance. Immigration status is not an eligibility factor for pregnant women or immigrant children applying for Child Health Plus B. Undocumented immigrants and temporary nonimmigrants are eligible only for the treatment of an emergency medical condition.	<ul style="list-style-type: none"> • Birth certificate • Baptismal certificate/records • Hospital records • U.S. passport • Military service records • Naturalization certificate • USCIS documentation • Evidence of continuous U.S. residence since prior to 1/1/72
<input type="checkbox"/> Earned Income <input type="checkbox"/> From employer	<ul style="list-style-type: none"> • Current wage stubs and statements of tips • Pay envelopes • Contact with employer • On letterhead, rate of pay per hour, hours worked per week, first pay date, if new and employer's phone number
<input type="checkbox"/> From self-employment	<ul style="list-style-type: none"> • Business records • Tax records • Records and related materials concerning self-employment earnings and expenses • Current income tax return
<input type="checkbox"/> Income from rent or room/board	<ul style="list-style-type: none"> • Current contribution check • Statement from roomer, boarder, tenant • Income tax record
<input type="checkbox"/> Unearned Income <input type="checkbox"/> Child Support	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from Family Court • Statement from person paying support • Check stubs • Official correspondence from the Child Support Enforcement Unit
<input type="checkbox"/> Unemployment Insurance Benefits (UIB)	<ul style="list-style-type: none"> • Current award certificate • Official correspondence with New York State Department of Labor
<input type="checkbox"/> Social Security benefits (including SSI)	<ul style="list-style-type: none"> • Current award certificate/letter • Current benefit check • Official correspondence from SSA
<input type="checkbox"/> Veteran's benefits	<ul style="list-style-type: none"> • Veterans Administration official correspondence • Current award certificate/letter • Current benefit check
<input type="checkbox"/> Worker's Compensation	<ul style="list-style-type: none"> • Award certificate/letter • Check stub
<input type="checkbox"/> Education grants and loans	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from school • Statement from bank • Statement from agency administering grant/award letter
<input type="checkbox"/> Interest/dividends/royalties	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from bank or credit union • Statement from broker/financial institution/agent

SAMPLE

Note: For SNAP, copies of documents are acceptable whenever proof of eligibility is presented. For Cash Assistance (CA) and Medical Assistance (MA), original documents are needed to verify identity and citizenship/alien status. Copies of documents for all Eligibility Factors other than identity and citizenship/alien status are acceptable.

Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide

Eligibility Factor	To prove this factor, provide ONE of the following:
<p>Unearned Income (continued)</p> <p><input type="checkbox"/> Private pension/annuity</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Current award letter • Current benefit check • Official correspondence from source of income • Contact with source of income • Current contribution check
<p><input type="checkbox"/> Other unearned income</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p><input type="checkbox"/> Resources (For Medical Assistance only, resource information is not requested from pregnant women, children under the age of 19 and persons eligible for Family Health Plus.)</p> <p><input type="checkbox"/> Bank Accounts: Checking, savings, retirement (IRA and Keogh), credit union</p> <p><input type="checkbox"/> Stocks, bonds, certificates and mutual funds</p> <p><input type="checkbox"/> Life insurance</p> <p><input type="checkbox"/> Burial trust or fund, burial plot or funeral agreement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Current bank records • Current credit card records • Stock/bond certificate • Statement from financial institution • Insurance policy • Statement from insurance company • Bank records • Burial agreement • Burial plot deed
<p><input type="checkbox"/> Income tax refund or Earned Income Tax Credit (EITC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Refund of EITC check • Statement from tax office
<p><input type="checkbox"/> Real estate other than residence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deed • Statement from real estate broker • Broker's appraisal/estimate of current value by broker
<p><input type="checkbox"/> Motor vehicle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registration (older models) • Title of ownership • Appraisal of current value by dealer • Financing data
<p><input type="checkbox"/> Lump sum payment</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from the source of payment • Lump sum check
<p><input type="checkbox"/> Other resources</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from household • Statement from nursing home • Household statement of current value • Sales slips • Insurance appraisal

SAMPLE

Note: For SNAP, copies of documents are acceptable whenever proof of eligibility is presented. For Cash Assistance (CA) and Medical Assistance (MA), original documents are needed to verify identity and citizenship/alien status. Copies of documents for all Eligibility Factors other than identity and citizenship/alien status are acceptable.

Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide

Eligibility Factor	To prove this factor, provide ONE of the following:
<input type="checkbox"/> Shelter Expenses You must prove how much it costs you to live where you do. (You may need to provide separate documentation for each item of shelter expense.) Medical Assistance does not require documentation of shelter expenses.	<ul style="list-style-type: none"> • Current rent receipt/lease/mortgage book/records • Property and school tax records • Landlord statement • Sewer and water bills • Garbage/trash collection bills or receipts • Homeowner's insurance records • Fuel bills/shut-off notice • Nonheating utility bills • Telephone bills (or a statement from the household that the expense is incurred)
<input type="checkbox"/> Medical Expenses For SNAP, for aged/disabled individuals only	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from provider of health insurance premiums • Copies of medical bills (paid and unpaid) • Medicare prescription drug card
<input type="checkbox"/> Health Insurance If you or anyone applying has health insurance coverage (even if paid for by someone else), you must prove this.	<ul style="list-style-type: none"> • Insurance policy/card • Statement from provider of coverage • Medicare card • Separation or divorce agreement with court-ordered health coverage
<input type="checkbox"/> Disabled/Incapacitated/Pregnant If you or anyone living with you is sick or pregnant, you must provide proof. (For MA only, resource information is not requested from pregnant women, children and persons eligible for Family Health Plus).	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from doctor, clinic or hospital verifying pregnancy, expected date of birth • Statement from medical professional • Proof of SSA/SSI benefits for disability/blindness
<input type="checkbox"/> Unpaid Bills Rent, utility	<ul style="list-style-type: none"> • Copy of each bill showing amount owed, period of services and provider
<input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Drug/alcohol treatment program <input type="checkbox"/> Employment service	<ul style="list-style-type: none"> • Statement from provider of treatment • Statement from employment service
<input type="checkbox"/> Other Expenses/Dependent Care Cost You must provide proof if you pay court-ordered support, child care, recurring loans or for the services of a home health aide or attendant.	<ul style="list-style-type: none"> • Court order • Statement from day care center or other child care provider • Statement from aide or attendant • Canceled checks or receipts
<input type="checkbox"/> School Attendance You must prove who is in school.	<ul style="list-style-type: none"> • School records (current report card) • Statement from school or higher education institution

SAMPLE

Note: For SNAP, copies of documents are acceptable whenever proof of eligibility is presented. For Cash Assistance (CA) and Medical Assistance (MA), original documents are needed to verify identity and citizenship/alien status. Copies of documents for all Eligibility Factors other than identity and citizenship/alien status are acceptable.

Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide

Eligibility Factor	To prove this factor, provide ONE of the following:
<input type="checkbox"/> Past Management (For Safety Net Assistance) <input type="checkbox"/> Earned Income <input type="checkbox"/> Other (For cash assistance only)	<ul style="list-style-type: none">• Letter from employer giving dates of employment, amount earned and reason(s) for leaving <p>If you were not supporting yourself from employment/earned income, please bring verification of how you were able to support yourself in the past such as:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bankbook/bank statement• Verification of expiration of benefits (workers' compensation, disability, Social Security, UIB, etc.)•

SAMPLE

Note: For SNAP, copies of documents are acceptable whenever proof of eligibility is presented. For Cash Assistance (CA) and Medical Assistance (MA), original documents are needed to verify identity and citizenship/alien status. Copies of documents for all Eligibility Factors other than identity and citizenship/alien status are acceptable.

Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida

Nota: Se aceptan copias de documentos para SNAP, siempre y cuando se presente prueba de elegibilidad. Para Asistencia en

Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida

Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea UNO de los siguientes:
<input type="checkbox"/> Ciudadanía o Estado Actual de Extranjero Estado – Los ciudadanos de EE.UU. tienen derecho a Asistencia Temporal, SNAP, y asistencia médica. Los extranjeros deben tener un estado satisfactorio de inmigrante para ser elegible para Asistencia Temporal, SNAP y asistencia médica. El estado migratorio no se toma en cuenta en casos de mujeres embarazadas o niños inmigrantes que estén solicitando Child Health Plus B. Los inmigrantes indocumentados y los no inmigrantes temporarios sólo tienen derecho a tratamiento en casos de emergencias médicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Acta de nacimiento • Certificado/documentos de bautismo • Expedientes hospitalarios • Pasaporte de EE.UU. • Expedientes de servicio militar • Certificado de naturalización • Documentación de USCIS • Prueba de residencia continua en EE.UU. desde antes de 1/1/72
<input type="checkbox"/> Ingreso Salarial <input type="checkbox"/> De parte del empleador	<ul style="list-style-type: none"> • Talones salariales actuales y declaración de propinas • Sobres de paga • Contacto con el empleador • En carta con membrete, paga por hora; número de horas trabajadas por semana; fecha del primer pago, si el trabajo es nuevo; y número de teléfono del empleador
<input type="checkbox"/> De empleo por cuenta propia	<ul style="list-style-type: none"> • Registros comerciales • Expedientes de impuestos • Toda documentación o material relacionado con las ganancias y gastos de trabajo por cuenta propia • Declaración actual de impuestos
<input type="checkbox"/> Ingresos de alquiler o por servicios a huéspedes	<ul style="list-style-type: none"> • Cheque de contribución actual • Declaración del inquilino o huésped • Expedientes de impuestos
<input type="checkbox"/> Ingreso No Salarial <input type="checkbox"/> Manutención de Niños	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte del Tribunal Familiar • Declaración por parte de la persona que proporciona manutención • Talones de paga • Correspondencia oficial de parte de Unidad de Aplicación de Manutención de Niños
<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro de Desempleo (Unemployment Insurance Benefits – UIB)	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de asignación actual • Correspondencia oficial del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York
<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social (incluyendo SSI)	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado/carta de asignación actual • Cheque de beneficios actuales • Correspondencia oficial de parte de SSA
<input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos	<ul style="list-style-type: none"> • Correspondencia oficial de la Administración de Veteranos • Carta/certificado de asignación actual • Cheque de beneficio actual
<input type="checkbox"/> Compensación Laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Carta/certificado de asignación actual • Talón de paga
<input type="checkbox"/> Subsidios y Préstamos Educativos	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte de la escuela • Declaración por parte del banco • Declaración de la agencia que administra subsidio/carta de beneficio
<input type="checkbox"/> Intereses/Dividendos/Regalías	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración del banco o cooperativa • Declaración del corredor de bolsa/institución financiera

Nota: Se aceptan copias de documentos para SNAP, siempre y cuando se presente prueba de elegibilidad. Para Asistencia en Efectivo y Asistencia Médica, los documentos usados para comprobar la identidad y el estado de ciudadanía/extranjero tienen que ser originales. Para todos los otros Factores de Elegibilidad, con la excepción de identidad y del estado de ciudadanía/extranjero, se aceptan copias de documentos.

Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida

Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea UNO de los siguientes:
<p>Ingreso No Salarial (continuación)</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión/Añualidad Privada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de beneficio actual • Cheque de beneficio actual • Correspondencia oficial por parte de la fuente de ingreso • Contacto con la fuente de ingreso • Cheque de contribución actual
<p><input type="checkbox"/> Otros Ingresos no Salariales</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p><input type="checkbox"/> Recursos (Para sólo Asistencia Médica, información respecto a recursos no se requiere para embarazadas, niños menores de 19 años de edad y personas elegibles para Family Health Plus.)</p> <p><input type="checkbox"/> Cuentas bancarias: Corriente, de Ahorros, Retiro (IRA y Keogh), Cooperativa de Crédito</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registros bancarios actuales • Registros actuales de cooperativa de crédito
<p><input type="checkbox"/> Acciones, Bonos, Certificados y Fondos de Inversión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de acciones/bonos • Declaración de institución financiera
<p><input type="checkbox"/> Seguro de Vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Póliza de seguro • Declaración de la compañía de seguros
<p><input type="checkbox"/> Fideicomiso o Fondo de Entierro, Terreno de Entierro o Acuerdo Funerario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expedientes bancarios • Acuerdo de entierro • Escritura de terreno de entierro
<p><input type="checkbox"/> Reembolso o Crédito de Impuestos (Earned Income Tax Credit – EITC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cheque de reembolso o EITC • Declaración de la agencia de impuestos
<p><input type="checkbox"/> Bienes Raíces aparte del Domicilio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escritura • Declaración del agente de bienes Raíces • Tasación/estimación del valor actual por parte del agente
<p><input type="checkbox"/> Vehículo Motor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Matrícula (modelos viejos) • Título • Tasación de valor actual del distribuidor • Datos de financiamiento
<p><input type="checkbox"/> Pago de Suma Total</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de la fuente de pago • Cheque de pago total
<p><input type="checkbox"/> Otros Recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte del hogar • Declaración por parte del hogar para ancianos • Declaración del hogar de valor actual • Recibos de ventas • Tasación del seguro

Nota: Se aceptan copias de documentos para SNAP, siempre y cuando se presente prueba de elegibilidad. Para Asistencia en Efectivo y Asistencia Médica, los documentos usados para comprobar la identidad y el estado de ciudadanía/extranjero tienen que ser originales. Para todos los otros Factores de Elegibilidad, con la excepción de identidad y del estado de ciudadanía/extranjero, se aceptan copias de documentos.

Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida

Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea UNO de los siguientes:
<p><input type="checkbox"/> Gastos de Alojamiento</p> <p>Usted tiene que probar cuánto le cuesta vivir en su domicilio. (Puede ser que tenga que proporcionar documentación por separado para cada partida de los gastos de alojamiento.)</p> <p>La Asistencia Médica no requiere documentación de gastos de alojamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recibo/contrato de alquiler/documentos hipotecarios actuales • Registros de propiedad y registros de Impuestos escolares • Declaración del casero • Cuentas de alcantarilla y de agua • Recibos o cuentas de recogida de basura • Expedientes de seguro de propietario o vivienda • Facturas de combustible/aviso de desconexión • Facturas de electricidad y/o gas no usados para calefacción • Cuentas de teléfono (o una declaración del hogar respecto al gasto incurrido)
<p><input type="checkbox"/> Gastos Médicos</p> <p>Para SNAP, sólo para ancianos/incapacitados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte de quien paga cuotas de gastos médicos • Copias de cuentas médicas (pagadas o por pagar) • Tarjeta para recetas de Medicare
<p><input type="checkbox"/> Seguro Médico</p> <p>Si usted o cualquier otro solicitante tiene cobertura médica (aún si pagada por otra persona), tiene que probarlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta/póliza de seguros • Declaración por parte de quien provee cobertura • Tarjeta para recetas de Medicare • Acuerdo de separación o divorcio con cobertura médica por decreto judicial
<p><input type="checkbox"/> Incapacitado(a)/Embarazada</p> <p>Si usted o cualquier persona que viva con usted está enfermo(a) o embarazada, tiene que proporcionar prueba de ello.</p> <p>(Sólo para MA, no se requiere información sobre recursos por parte de mujeres embarazadas, niños y personas elegibles para Family Health Plus)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración del médico, clínica u hospital que compruebe embarazo, fecha de nacimiento proyectada • Declaración de profesional médico • Prueba de SSA/SSI por incapacidad/ceguera
<p><input type="checkbox"/> Cuentas por Pagar</p> <p>Alquiler, servicios de electricidad y/o gas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de cada cuenta en que figure la cantidad que debe, período de servicio y proveedor del mismo
<p><input type="checkbox"/> Envío</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Tratamiento de Drogadicción/Alcoholismo</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Servicio de Empleo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración por parte del proveedor de Tratamiento • Declaración por parte del servicio de empleo
<p><input type="checkbox"/> Otros Gastos/Costo del Cuidado de Dependientes</p> <p>Si usted paga manutención de niños por decreto judicial, cuidado infantil, deudas recurrentes, o para los servicios de un ayudante de salud doméstico, tiene que proporcionar prueba de dichos pagos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto judicial • Declaración por parte de la guardería de niños u otro proveedor de cuidado • Declaración por parte del ayudante de salud • Cheques o recibos cancelados
<p><input type="checkbox"/> Asistencia Escolar</p> <p>Usted tiene que probar quién asiste a la escuela</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registros escolares (libreta de notas actual) • La declaración por parte de la escuela o universidad

Nota: Se aceptan copias de documentos para SNAP, siempre y cuando se presente prueba de elegibilidad. Para Asistencia en Efectivo y Asistencia Médica, los documentos usados para comprobar la identidad y el estado de ciudadanía/extranjero tienen que ser originales. Para todos los otros Factores de Elegibilidad, con la excepción de identidad y del estado de ciudadanía/extranjero, se aceptan copias de documentos.

Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida

Factor de Elegibilidad	Para probar este factor, provea UNO de los siguientes:
<input type="checkbox"/> Administración Previa (Para Asistencia Red de Seguridad [Safety Net Assistance]) <input type="checkbox"/> Ingreso salarial	<ul style="list-style-type: none"> • Carta por parte del empleador con fechas de empleo, sueldo y razón(es) por haber dejado el trabajo
<input type="checkbox"/> Otro (Sólo para Asistencia en Efectivo)	Si usted no se estaba manteniendo con empleo/ingreso salarial, favor de traer comprobantes de cómo pudo mantenerse en el pasado, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Talón/estado de cuenta • Comprobante de vencimiento de Beneficios (compensación de trabajadores, seguro de incapacitados, Seguro Social, UIB, etc.) • Declaración por parte de persona(s) que brindaba(n) apoyo económico
<input type="checkbox"/> Posibles Beneficios	Declaración por parte de la(s) persona(s) que brindaba(n) apoyo económico <ul style="list-style-type: none"> • Si usted o alguien en el hogar ha solicitado y ha recibido o se le ha negado beneficios de cualquiera de las fuentes a continuación, traiga la carta de asignación, cheque u otra correspondencia: Seguro Social, pagos del tribunal, SSI, beneficios de veteranos, compensación laboral, beneficios de sindicato, pensión, asignación militar, retiro ferroviario, beneficios para inc apacitados del estado de Nueva York u otra fuente
<input type="checkbox"/> Otro	<p style="text-align: center; font-size: 4em; color: blue; opacity: 0.5;">SAMPLE</p>

Nota: Se aceptan copias de documentos para SNAP, siempre y cuando se presente prueba de elegibilidad. Para Asistencia en Efectivo y Asistencia Médica, los documentos usados para comprobar la identidad y el estado de ciudadanía/extranjero tienen que ser originales. Para todos los otros Factores de Elegibilidad, con la excepción de identidad y del estado de ciudadanía/extranjero, se aceptan copias de documentos.

Date: _____

Participant's Name: _____

CA Case Number: _____

Center: _____

Caseload: _____

Child Support Management System

CSMS Number: _____

To: _____

Dear _____

SAMPLE

A review of your Cash Assistance case indicates that for several months the agency has been in receipt of your child support payments that exceed your Cash Assistance grant. We have therefore notified the Office of Child Support Enforcement to send the court-ordered child support payments directly to you, and we are sending you a notice advising you that your Cash Assistance case is being closed. If you do not receive these payments or have other questions, you may call the New York State Child Support Helpline at (888) 208-4485.

If in the future, your child support payments are irregular or stop, you must contact the Support Collection Unit located in the Family Court Building in your borough to try to get the payments resumed. If you cannot get the payments resumed and need to apply for Cash Assistance again, you may do so at your Job Center.

Very truly yours,

Office of Central Processing

vea al dorso

Fecha: _____
Nombre del Participante: _____
Número del Caso de CA: _____
Centro: _____
Carga de Casos: _____
Sistema de Administración para la
Manutención de Niños (CSMS)
Número de CSMS: _____

Para: _____

Estimado(a) _____:

Una revisión de su caso de Asistencia en Efectivo indica que por varios meses la agencia ha recibido pagos para la manutención de niños que exceden su concesión de Asistencia en Efectivo. Por consiguiente, hemos notificado a la Oficina de Aplicación de Manutención de Niños (Office of Child Support Enforcement) que le envíe a usted directamente los pagos de manutención de niños estipulados por el tribunal. Además, le estamos enviando un aviso informándole del cierre de su caso de Asistencia en Efectivo. Si usted no recibe estos pagos o tiene otras preguntas, puede llamar a la línea de asistencia para manutención de niños del Estado de Nueva York al (888) 208-4485.

Si en el futuro sus pagos de manutención de niños son irregulares o suspendidos, usted tiene que comunicarse con la Unidad de Cobro de Manutención (Support Collection Unit) localizada en el Edificio del Tribunal Familiar de su condado para reanudar los pagos. Si usted no logra que se reanuden los pagos y necesita solicitar Asistencia en Efectivo, puede hacerlo en su Centro de Trabajo (Job Center).

Atentamente,

La Oficina de Procesamiento Central

see other side

NYPD – Job Center Report/Referral

Part I – To be filled in by referring agency

Date: _____

To:	From:
Complainant's Name:	Case Number (if applicable):
Complainant's Address:	Apt. No./Fl.:
Check <input checked="" type="checkbox"/> One: <input type="checkbox"/> CA/SNAP Participant <input type="checkbox"/> SSI Participant <input type="checkbox"/> Applicant	

Part II – For Job Center use only

Incident to be reported:			
Type of check:	Check No.:	Amount \$	(if applicable)
Action required:			
Worker's Signature:			Date:

Part III – For police use only

SAMPLE

The above-named complainant reported the following incident (check one below) to the _____ today.			
		Precinct No. _____	
The incident occurred on _____ at _____			
Date	Place/Address		
The complaint has been recorded under _____ by _____			
UF 61 No.	Police Official	Shield Number	
<input type="checkbox"/> Burglary	<input type="checkbox"/> Rape	<input type="checkbox"/> Mugging	
<input type="checkbox"/> Physical abuse (battered woman)	<input type="checkbox"/> Vandalism	<input type="checkbox"/> Other (specify) _____	
The following items(s) were reported as lost/stolen or destroyed. Check <input checked="" type="checkbox"/> appropriate box(es).			
Cash Assistance check	<input type="checkbox"/> lost	<input type="checkbox"/> stolen	Check No's., if known _____
SSI check	<input type="checkbox"/> lost	<input type="checkbox"/> stolen	
Other check (specify) _____	<input type="checkbox"/> lost	<input type="checkbox"/> stolen	Amount: \$ _____
Cash	<input type="checkbox"/> lost	<input type="checkbox"/> stolen	
Property (specify) _____	<input type="checkbox"/> lost	<input type="checkbox"/> stolen	<input type="checkbox"/> destroyed
Police Official's Signature			Date
Applicant/Participant's Signature			Date

- Instructions**
1. Take the original and duplicate copies to the Police Precinct.
 2. Return the completed and signed original to the Job Center.

Date: _____
Case Name: _____
Case Number: _____
Caseload: _____
Action Code: _____
Hours in Treatment: _____

CASAC Reassessment

Our records reflect that you have been participating in an approved treatment program to assist you in removing barriers to employment and self-sufficiency.

We have scheduled you for an appointment to reassess your treatment needs, as well as your ability to participate in an employment activity, both of which are conditions of your continued eligibility for Cash Assistance. Your participation in both activities may lead to a speedier recovery, which is essential to your achieving financial independence.

Please bring any documentation you feel would help us assess your current work abilities. **If you are working, you must bring your last two pay stubs or a letter from your employer verifying your wages and hours of employment (no photocopies).** If you are employed full-time (35 hours per week or more), you will be exempt from any further work activities.

Your appointment is scheduled for:

Appointment Date: _____ Time: _____

Location Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Travel Directions:

This is a mandatory eligibility appointment. Due to limited space, we request that you not bring anyone else with you. Interpreters are available if you do not speak English. If you have any questions or are unable to keep this appointment, call (212) 835-8300 before your appointment time (between 9:00 AM and 5:00 PM, Monday through Friday). Failure to report to or cooperate fully with this appointment may result in the reduction or loss of your Cash Assistance and Supplementary Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits.

Fecha: _____
Nombre del Caso: _____
Número del Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Código de Acción: _____
Horas de Tratamiento: _____

Reevaluación de CASAC

Nuestros archivos indican que usted ha estado participando en un programa aprobado de tratamiento que le ayuda a eliminar las barreras al empleo y autosuficiencia.

Le hemos programado una cita para reevaluar sus necesidades de tratamiento, como también su capacidad para participar en una actividad de empleo. Ambas son condiciones para su elegibilidad continua de Asistencia en Efectivo. Su participación en ambas actividades le podría resultar en una recuperación rápida, la cual es esencial para que logre usted su independencia económica.

Favor de traer cualquier documentación que usted crea nos pueda ayudar a evaluar sus aptitudes de trabajo actuales. **Si usted está trabajando actualmente, tiene que traer sus dos últimos talones de paga o una carta de su empleador que verifiquen su salario y sus horas de empleo (no fotocopias).** Usted estará exento de cualquier actividad de trabajo adicional, si está empleado(a) a tiempo completo (35 horas a la semana o más).

Su cita está programada para:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____

Nombre del Local: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

Esta es una cita de elegibilidad obligatoria. Debido al espacio limitado, le pedimos que no traiga a ninguna otra persona con usted. Tenemos intérpretes disponibles en caso de que usted no hable inglés. Si tiene cualquier pregunta o si no puede asistir a esta cita, llame al (212) 835-8300 antes de la hora de su cita (entre las 9:00 AM y las 5:00 PM de lunes a viernes). El no acudir o cooperar cabalmente con esta cita puede resultar en la reducción o pérdida de sus beneficios de Asistencia en Efectivo y del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Date: _____
Case Name: _____
Case Number: _____
Participant's Address: _____
QC No.: _____

We are writing to you for information about the shelter expenses and household composition of the person named above who is in receipt of Cash Assistance and Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits.

According to our files, you are the landlord of record. Please complete the questionnaire on page 2 and return it to us within five (5) days in the enclosed business reply envelope.

If you are no longer the landlord, please indicate below the name and address of the new landlord and date he/she took possession of the property:

Name: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____
Telephone Number: _____
Date of Possession: _____

Thank you for your cooperation in this matter.

Very truly yours,

Eligibility Monitoring Reviewer

Telephone Number

OEM Fax Number

OEM Supervisor

Supervisor Telephone Number

SHELTER/HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE

(The OEM Reviewer is to complete the following items: B-1, enter review month. C-7, enter name(s) of others who may be residing in the household, if applicable).

A. SHELTER DESCRIPTION:

1. Please indicate type of dwelling occupied by participant (check appropriate item):

Apartment House Trailer Room in private home Hotel/motel room

2. Please indicate name and telephone number of superintendent:

Name: _____ Telephone Number: _____

B. SHELTER EXPENSES:

1. How much was the rent for the month of: _____ ? \$ _____

2. Was the rent paid for that month? No Yes If Yes, Paid by: Cash Check Money Order

3. Effective date of last rent increase: _____ Previous rent \$ _____
Day Month Year

4. Is rent subsidized? No Yes If Yes , Amount: \$ _____
Subsidizing Agency

5. Does the rent include any of the following? (check appropriate item(s))

Heat Electricity Meals Cooling fuel

6. If heat is not included in rent, please check type of fuel used to heat home:

Natural gas Oil Electricity

7. Was lease signed? No Yes _____
Date Period Person

C. HOUSEHOLD COMPOSITION:

1. How many persons reside in the above indicated dwelling? _____

2. What are their names? _____

3. How long have the above named person(s) resided at the address listed? _____

4. Does the above named have a telephone? No Yes Number: _____

5. To the best of your knowledge, is the above named employed? No Yes

If Yes, where: _____
Employer's Name Address

6. Does the above named perform any services for you for which he/she receives a lower rent?
 No Yes

7. Does the above named, and/or _____ and/or _____
reside at the above address? No Yes

D. TENANT'S FINANCIAL REFERENCES: _____

Your Name: _____ Date: _____

Title: _____ Telephone Number: _____