




OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #15-111-OPE

ANNOUNCING FAIR HEARING COMPLIANCE SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) FORMS

<p>Date: December 21, 2015</p>	<p>Subtopic(s): Fair Hearing, Forms</p>
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to introduce three new Fair Hearing Compliance forms to be used by Fair Hearing Administration (FHA) in the Centralized Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Fair Hearing Compliance Unit. The forms are informational for all other staff.</p> <p>The Fair Hearing Compliance Statement form (W-186C) and Fair Hearing Compliance Request form (W-186D), that were previously used during both SNAP and Cash Assistance (CA) Fair Hearing compliance process, continue to be used during the CA Fair Hearing compliance process only.</p> <p>The forms have been created for use during the SNAP Fair Hearing compliance process:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The Fair Hearing Compliance Request Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) form (FHA-2) is the request for applicant/participant to submit documentation/information or to have a telephone interview to comply with the SNAP Fair Hearing Decision. • The Reminder Notice of Fair Hearing Compliance Request Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) form (FHA-2A) is a second request for applicant/participant to submit documentation/information or to have a telephone interview to comply with the SNAP Fair Hearing Decision when the applicant/participant has not responded or partially responded to the initial request from the FHA-2 form. • The Fair Hearing Compliance Statement Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) form (FHA-2B) is a notice of actions taken to comply with SNAP Fair Hearing Compliance Decision.

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

The samples of the new forms are attached.

Effective December 21, 2015.

Attachments:

☞ Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

- FHA-2 (E)** Fair Hearing Compliance Request Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
- FHA-2 (S)** Fair Hearing Compliance Request Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Spanish)
- FHA-2A (E)** Reminder Notice of Fair Hearing Compliance Request Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
- FHA-2A (S)** Reminder Notice of Fair Hearing Compliance Request Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Spanish)
- FHA-2B (E)** Fair Hearing Compliance Statement Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
- FHA-2B (S)** Fair Hearing Compliance Statement Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Spanish)

Notice Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Fair Hearing Number: _____
Fair Hearing Decision Date: _____

Fair Hearing Compliance Request Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

In order for the Human Resources Administration (HRA) to comply with your Fair Hearing Decision, you must do the following:

Required Interview:

A Telephone Application/Recertification Interview has been scheduled for _____. We will **only** call you if we receive your signed application/recertification form or your online application/recertification form **before** your telephone interview appointment.

The interview must take place by _____. You can call _____ or _____ to reschedule the interview.

Required Information:

Required Information must be given to HRA by fax, mail, or in-person, by _____:

- Enclosed SNAP Application/Recertification Form.
- Proof of household composition.
- Proof that _____ lives in your household.
- Proof that you are billed for utilities or fuel for heat separate from your rent.
- Proof of your shelter expenses (e.g., rent, mortgage payments, Primary Tenant's Statement Regarding Occupancy of Secondary Tenant).
- Proof of your child care or dependent care costs.
- Proof of your medical costs.
- Proof of income of _____.
- Proof of your identity.
- Proof of your residence.
- Proof of citizenship or alien status of _____.
- Other (specify):

This information must be submitted to:

Location Name: _____

Attention: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Fax Number: _____ Telephone Number: _____

Fecha del Aviso: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Número de Audiencia Imparcial: _____

Fecha de Decisión de la Audiencia Imparcial: _____

Petición de Cumplimiento de Audiencia Imparcial Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Para que la Administración de Recursos Humanos (HRA) pueda cumplir su Decisión de Audiencia Imparcial, usted debe dar los siguientes pasos:

Entrevista necesaria:

Se ha programado una entrevista telefónica de Solicitud/Recertificación para el _____. Le llamaremos **sólo** si recibimos su formulario de solicitud/recertificación firmado o su formulario electrónico de solicitud/recertificación **antes de** su cita de entrevista telefónica.

La entrevista debe realizarse para el _____. Usted puede llamar _____ o _____ para reprogramar la entrevista.

Información necesaria.

Se debe proporcionar la información necesaria a la HRA por fax, correo postal o en persona para el _____:

- Formulario adjunto de Solicitud/Recertificación de SNAP.
- Prueba de la composición del hogar.
- Prueba que _____ reside en su hogar.
- Prueba que a usted se le facturan por separado del alquiler los servicios públicos o combustible de calefacción.
- Prueba de sus gastos de refugio (p. ej., alquiler, pagos hipotecarios, Declaración del Inquilino Principal Respecto a la Convivencia del Inquilino Secundario).
- Prueba de sus gastos de cuidado infantil o de cuidado de dependientes.
- Prueba de sus gastos médicos.
- Prueba del ingreso de _____.
- Prueba de su identidad.
- Prueba de su residencia.
- Prueba de ciudadanía o del estado de inmigrante de _____.
- Otro caso (en concreto):

Se debe proporcionar esta información a:

Nombre del Local: _____

Atención: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Fax: _____ Número Telefónico: _____

Notice Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Fair Hearing Number: _____
Fair Hearing Decision Date: _____

**Reminder Notice of Fair Hearing Compliance Request
Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)**

You should have received a Fair Hearing Compliance Request asking you to submit required information and/or to have a telephone application/recertification interview by _____. **You have not responded, or you partially responded to our request.**

You must send us the requested information or have a telephone interview before we can comply with your Fair Hearing Decision.

This is a second chance for you to give us what we need to comply with the fair hearing decision.

Required Information:

- Enclosed SNAP Application/Recertification Form.
- Proof of household composition.
- Proof that _____ lives in your household.
- Proof that you are billed for utilities or fuel for heat separate from your rent.
- Proof of your shelter expenses (e.g., rent, mortgage payments, Primary Tenant's Statement Regarding Occupancy of Secondary Tenant).
- Proof of your child care or dependent care costs.
- Proof of your medical costs.
- Proof of income of _____.
- Proof of your identity.
- Proof of your residence.
- Proof of citizenship or alien status of _____.
- Other (specify):

This information must be given to HRA by fax, mail or in person by _____.

Send it to:

Location Name: _____

Attention: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Fax Number: _____ Telephone Number: _____

Required Interview:

A Telephone Application/Recertification Interview has been scheduled for _____.
We will only call you if we receive your signed application/recertification form or your online
application/recertification before your telephone interview appointment.

This interview must take place by _____. You can call _____ or
_____ to reschedule.

SAMPLE

Fecha del Aviso: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Número de Audiencia Imparcial: _____

Fecha de Decisión de la Audiencia Imparcial: _____

Aviso Recordatorio de la Solicitud de Cumplimiento de Audiencia Imparcial Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Usted debió haber recibido una Solicitud de Cumplimiento de Audiencia Imparcial, que solicitaba que presentara la información necesaria y/o que realizara una entrevista telefónica de solicitud/recertificación para el _____. **Usted no ha respondido a nuestra petición.**

Usted debe enviarnos la información solicitada o realizar una entrevista telefónica antes de que podamos cumplir con su Decisión de Audiencia Imparcial.

Esto representa una segunda oportunidad para que usted nos pueda proporcionar lo que necesitamos para cumplir la decisión de audiencia imparcial.

Información necesaria:

- Formulario adjunto de Solicitud/Recertificación de SNAP
- Prueba de la composición del hogar.
- Prueba que _____ reside en su hogar.
- Prueba que a usted se le facturan por separado del alquiler los servicios públicos o combustible de calefacción.
- Prueba de sus gastos de refugio (p. ej., alquiler, pagos hipotecarios, Declaración del Inquilino Principal Respecto a la Convivencia del Inquilino Secundario).
- Prueba de sus gastos de cuidado infantil o de cuidado de dependientes.
- Prueba de sus gastos médicos.
- Prueba del ingreso de _____.
- Prueba de su identidad.
- Prueba de su residencia.
- Prueba de la ciudadanía o del estado de inmigrante de _____.
- Otro caso (en concreto):

Se debe proporcionar a la HRA esta información por fax, correo postal o en persona para el _____.
Envíela a:

Nombre del Local: _____

Atención: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Fax: _____ Número Telefónico: _____

Entrevista necesaria:

Se ha programado una entrevista telefónica de Solicitud/Recertificación para el _____ .
Le llamaremos sólo si recibimos su formulario de solicitud/recertificación firmado o su formulario electrónico
de solicitud/recertificación antes de su cita de entrevista telefónica.

Esta entrevista debe realizarse para el _____. Usted puede llamar _____ o
_____ para reprogramar la entrevista.

SAMPLE

Notice Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Fair Hearing Number: _____
Fair Hearing Decision Date: _____

Fair Hearing Compliance Statement Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

Dear _____:

Here is how we have complied with your Fair Hearing decision:

- We have re-evaluated your eligibility for SNAP benefits and have determined that you are eligible. As of _____, your monthly SNAP benefits will be _____. You will be sent a separate notice of our determination.
- We are issuing you _____ in retroactive SNAP benefits for _____. These SNAP benefits will be available to you after _____.
- Immediately before your Fair Hearing request, your monthly SNAP benefits were _____. As of _____, your monthly SNAP benefits will be _____. You will be sent a separate notice of this change.
- The restored SNAP benefits mentioned above are being offset by recoupment(s) not at issue in this Fair Hearing. This will reduce your ongoing SNAP benefit to _____. You will be sent a separate notice of this change.
- You did not lose any SNAP benefits because you received aid-continuing during the Fair Hearing process. However:
 - The case/line for _____ is now active for recurring benefits.

OR

 - The case/line for _____ remains closed/sanctioned because of an unrelated closing/sanction for which you have received a separate notice.
- We added removed _____ from your SNAP household budget.
- We have re-evaluated your eligibility for SNAP benefits and have determined that you are not eligible. You will be sent a separate notice of our determination.
- Since you did not respond to our Fair Hearing Compliance Request and Reminder Notice, we are unable to comply with the Fair Hearing decision. You will be sent a separate notice of determination, if we are denying your application or recertification.
- Your SNAP benefits remain unchanged.
- Other: _____

Worker's Name: _____

Fecha del Aviso: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Número de la Audiencia Imparcial: _____
Fecha de la Decisión de la Audiencia Imparcial: _____

Declaración de Cumplimiento de la Audiencia Imparcial Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Estimado(a): _____:

Hemos cumplido la decisión de su Audiencia Imparcial como se indica a continuación:

- Hemos reevaluado su elegibilidad para beneficios de SNAP y determinado que usted es elegible. A partir de _____, sus beneficios mensuales de SNAP sumarán _____. Se le enviará a usted por separado un aviso de nuestra determinación.
- Le estamos expediendo a usted _____ en beneficios retroactivos de SNAP para _____. Estos beneficios de SNAP estarán disponibles para usted después del _____.
- Inmediatamente antes de su petición de Audiencia Imparcial, sus beneficios mensuales de SNAP sumaban _____. A partir de _____, sus beneficios mensuales de SNAP sumarán _____. Se le enviará a usted por separado un aviso de este cambio.
- Los antemencionados beneficios restaurados de SNAP se han compensado por recuperación(es) no tratada(s) en esta Audiencia Imparcial. Esto reducirá su beneficio continuo de SNAP a _____. Se le enviará a usted por separado un aviso de este cambio.
- Usted no perdió beneficios de SNAP por haber recibido asistencia continua durante el trámite de la Audiencia Imparcial. No obstante:
 - El caso/línea para _____ está activo/a para beneficios recurrentes.
 - O**
 - El caso/línea para _____ permanece cerrado/a/sancionado/a debido a un/a cierre/sanción no relacionado/a, por el/la cual usted recibió un aviso por separado.
- Nosotros añadimos retiramos a _____ de su presupuesto del hogar de SNAP.
- Hemos reevaluado su elegibilidad para beneficios de SNAP y determinado que usted es in elegible. Se le enviará a usted por separado un aviso de nuestra determinación.
- Puesto que usted no respondió a nuestro Aviso de Recordatorio de Audiencia Imparcial y Solicitud de Cumplimiento, nosotros no podemos cumplir la decisión de la Audiencia Imparcial. Se le enviará a usted por separado un aviso de determinación, si hemos denegado su solicitud o recertificación.
- Sus beneficios de SNAP no han cambiado.
- Otro caso : _____

Nombre del Trabajador: _____