



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION


James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Jill Berry, Deputy Commissioner
Office of Program Support

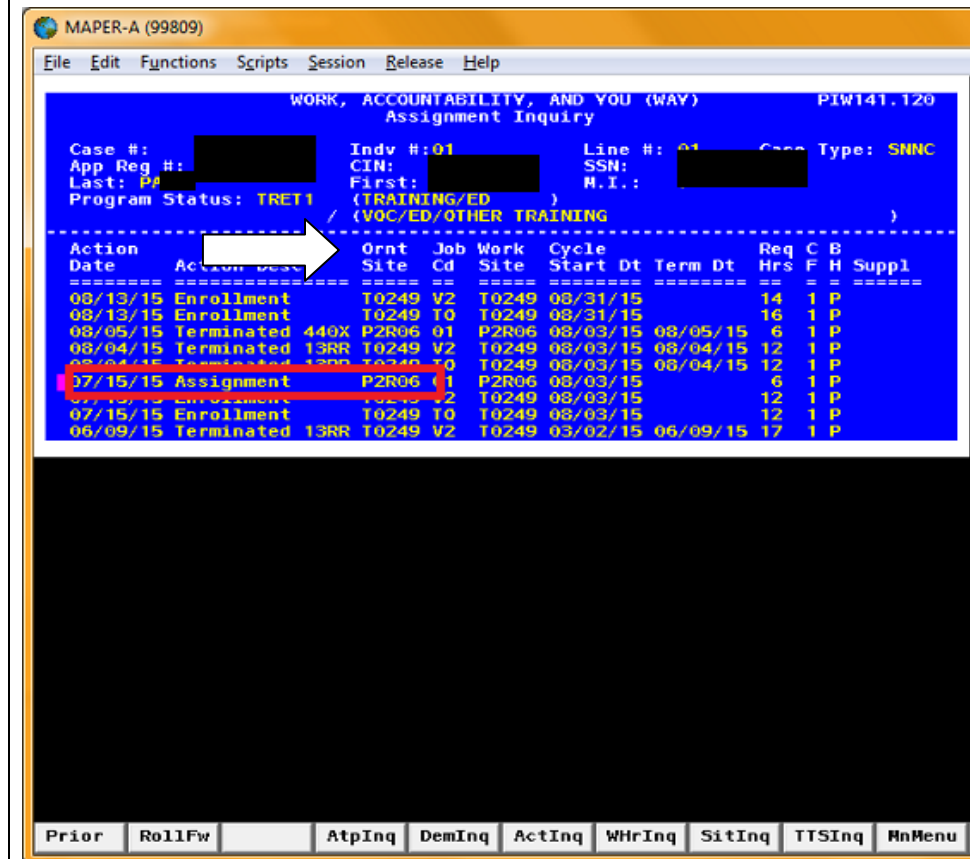
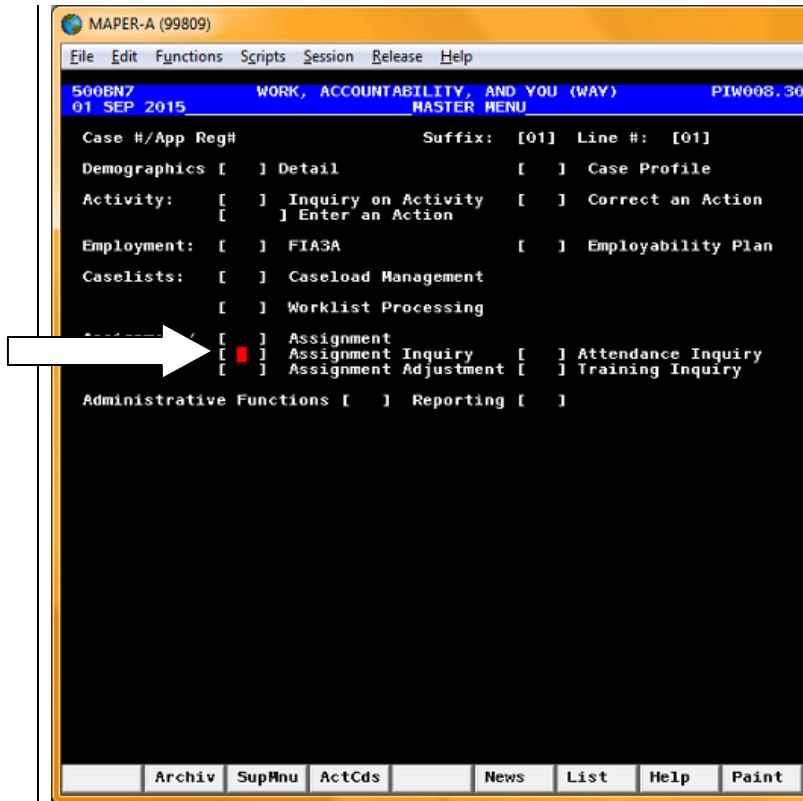
Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #15-81-EMP

NEW FORM: HRA WORK STUDY ASSIGNMENT SUMMARY (FIA-1143)

Date: September 10, 2015	Subtopic(s): Forms, Employment
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>Refer to PB #14-120-ELI</p> <p>Site Code P2R06 can be used to identify HRA Work Study</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all Job Center, Work Experience Management (WEM), and Back to Work (B2W) Representatives about a new form titled “HRA Work Study Assignment Summary” (FIA-1143)</p> <p>The FIA-1143 has been created to inform Cash Assistance (CA) participants enrolled in City University of New York (CUNY) schools about a new concurrent assignment. Eligible participants (as determined by WEM) will be assigned to an HRA Work Study program rather than the Work Experience Program (WEP). The FIA-1143 explains the program to the participants including the requirements and expectations.</p> <p>The FIA-1143 is generated when TAG staff select Site Code P2R06 from the WEP Site Selection Screen in the New York City Work Accountability and You (NYCWAY) system and must be provided to the participant.</p> <p>Note: HRA Work Study income is considered educational income and <u>not</u> to be budgeted.</p> <p>Staff reviewing a case to determine if the participant is enrolled in HRA Work Study can go to the Assignment Inquiry Screen in NYCWAY and look under the “Ornt Site” (orientation site) column. This is where the Site Code P2R06 will be displayed. Please see screen shots on the following page for clarity.</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



A sample of the new form is attached.

Effective Immediately


Related Item:

[PB #14-120-ELI](#)

Attachments:

FIA-1143 (E) HRA Work Study Assignment Summary

FIA-1143 (S) HRA Work Study Assignment Summary (Spanish)

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Case Type: _____
Caseload: _____
FH&C
Phone Number: _____

HRA Work Study Assignment Summary

You have been assigned a job opportunity working with Research Foundation CUNY. If you are eligible, you will be paid \$10 per hour for this work study assignment. This income will not affect your Cash Assistance (CA) and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits. Please be on time and dress appropriately.

The number of hours you are required to work every week is _____.

Child Care Hours: _____

You will receive carfare and child care (if applicable) as long as you are fully participating in the work study assignment.

Bring your HRA photo ID card. Do not bring friends or family to the appointment.

Your orientation is scheduled for _____.

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Location Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Travel Directions:

(continued on next page)

Your participation in this program is mandatory unless you receive another assignment, you become employed, or HRA determines that you have become unable to work or exempt for another reason such as:

- You have reached 60 years of age.
- You are in the last 30 days of pregnancy.
- You are a single parent caring for a child less than thirteen (13) weeks of age.
- HRA has determined you are needed at home to take care of a member of your household who is ill or incapacitated.

In order to receive your benefits, you must work the assigned number of hours at your work study site, unless you have good cause not to work. If you fail to work the assigned hours without good cause, your benefits may be reduced or terminated.

This notice tells you what to do if you believe that you should not work or should receive a different assignment because of a medical problem, or you cannot come to work for another reason.

What if you believe that you should not be required to work because of a medical problem?

If you disagree with the determination that you are able to work, you may ask for a conference or a Fair Hearing, or both. Please see the Conference and Fair Hearing Information section of this notice for more details.

What to do if you think that you should be given a different work assignment because of a medical problem:

If you have already been determined as work limited by an HRA-authorized medical practitioner, you have informed your work site supervisor of your limitations, and the agency has, to the best of its ability, made accommodations for your limitations, you may still contest the HRA assignment as medically inappropriate. The proper way to contest an HRA Work Study assignment is as follows:

1. Report to your assigned agency and find out about your assignment. You may discuss any issues you have about whether the assignment is appropriate with the person who gives you the assignment, your supervisor at the assignment, or the HRA Work Study coordinator.
2. If you have not resolved the issue at your work site, you can also make an appointment to discuss your issues at a conference at HRA's Participants' Service Unit at **109 East 16th Street, Room 920A, New York, NY**. Call **(212) 835-8457**.
3. If you are not able to resolve your issues at the Participants' Service Unit conference, you may request a Fair Hearing. (Please see the Conference and Fair Hearing Information section of this notice for more details.)

What if your medical condition changes in a way that affects your ability to work?

Discuss any problem related to your medical condition with your work site supervisor and provide written documentation on your doctor's stationery that includes the doctor's name, the date, your diagnosis and prognosis, and states what work activities your condition prevents you from doing and why. The documentation must be an original, not a photocopy, and must be current.

The agency may change your assignment to another based on the medical condition described on the documentation you provide or the agency may refer you for a medical assessment.

You may refuse to work at an assignment on the basis that it is inconsistent with your medical condition. However, if it is determined at a Fair Hearing that there is no basis for your claim that you are unable to engage in the assigned work activities and that you intentionally misrepresented your medical condition, your benefits will be reduced as a sanction.

Follow the instructions in the **What if you receive a Notice of Intent to discontinue benefits?** section below if you receive a Notice of Intent as a result of a change in your medical condition of which the agency is unaware.

When can you be absent from your assignment?

You do not have to report to your assignment on holidays observed by your assigned agency, on your days of religious observance (must be documented), or when you have "good cause."

What is "good cause" for missing a day or days of work?

"Good cause" includes circumstances beyond your control such as, but not limited to, illness, family emergency, jury duty, appointments at an HRA office, school closings, lack of child care or child care payment problems, or lack of transportation. "Good cause" also includes employment interviews and temporary or part-time employment.

What to do if you cannot come to work or you are going to be late?

You must notify your supervisor by telephone as soon as you know that you are going to be absent or late. Give notice before your scheduled starting time. If you do not do so, you may lose benefits. When you return to your work site, you must bring any documentation that you can reasonably obtain to show why you were absent or late.

What happens when you are absent or late without good cause, fail to notify your supervisor that you will be absent or late, or fail to provide documentation?

If you are absent or late without good cause, you will receive a notice of failure to comply with your work assignment. You may also receive a notice for failing to notify your supervisor or failing to provide documentation. You will have the right to request a conciliation, conference and/or Fair Hearing within the time limit stated in the notice.

What if you receive a Notice of Intent to discontinue benefits?

If you receive a Notice of Intent to discontinue benefits because of failure to comply with your work assignment, you have a right to a Fair Hearing. Your benefits will continue, pending the Fair Hearing decision, as long as you make a request for a Fair Hearing within the time frame stated in the Notice of Intent.

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

HRA Work Study Participant Typical Tasks by Assignment Cluster

Participant Name: _____
First Name M.I. Last Name

Case Number: _____

Office Services
<ul style="list-style-type: none">● answer telephones● write messages● make appointments● greet and direct visitors● give general information● file records● fax documents● process routine papers● make copies and collate● set up meeting room● data entry● type on computer● serve as messenger● assist in mailroom● pack and unpack● check deliveries● receive, store and distribute supplies● assist with inventory control● operate postage meter● issue forms, supplies● post expenses● process vouchers● do simple bookkeeping

SAMPLE

Assignment Information Summary

PARTICIPANT INFORMATION

Name: _____ Case Number: _____
 First Name M.I. Last Name

Telephone Number: _____ CIN: _____

Address: _____ Case Type: _____

 _____ ES Code: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Job Center: _____

Borough of Residence: _____

ASSIGNMENT INFORMATION

Agency: _____

Job Code: _____

Assignment: _____

Description: _____

NS Date: _____

Report Date: _____

Work Hours: _____

Child Care: _____

Comment(s):

INDIVIDUAL CHARACTERISTICS

High School: _____

Ex-Offender: _____

Ex-Addict: _____

Non-English Speaker: _____

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. If you only ask for a conference, your benefits will not stay the same while you appeal. Your benefits will stay the same only if you ask for a State Fair Hearing. (See the Continuing Your Benefit[s] section.)

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.

If you have a disability, and cannot travel, you may appear through a representative, either a friend, relative or lawyer. If your representative is not a lawyer, or an employee of a lawyer, your representative must bring the hearing officer a written letter, signed.

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.

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 phone number/address listed on **page 1** of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Continuing Your Benefit(s): Continuing Your Benefit(s): If our decision affects your benefits and you ask for a Fair Hearing within ten (10) days of the date of this notice, we will restore your benefits to the level that they were at before this notice, until a Fair Hearing decision is issued.

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision. If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

I do not want to keep my benefits the same until the Fair Hearing decision is issued.

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 work activity assignment issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, 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: _____

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Tipo de Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Número de FH&C: _____

Sumario de la Asignación de Trabajo y Estudio de la HRA

A usted se le ha asignado una oportunidad de trabajo con Research Foundation (Fundación de Investigaciones) de CUNY. Si usted es elegible, se le pagará \$10 la hora para esta asignación de trabajo y estudio. Este ingreso no afectará sus beneficios de Asistencia en Efectivo (CA) y/o del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). Favor de presentarse a tiempo y de vestirse apropiadamente.

El número de horas que se estipula que usted trabaje semanalmente es _____ .

Horas de Cuidado Infantil: _____

Usted recibirá dinero para transporte y cuidado infantil (si corresponde) mientras que participe plenamente en la asignación de trabajo y estudio.

Traiga su tarjeta de identificación con foto de la HRA. No traiga a la cita a amigos o familiares.

Su orientación está programada para:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____

Nombre del Local: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

(continuación en la próxima página)

Su participación en este programa es obligatoria a menos que usted reciba otra asignación, obtenga empleo, o la HRA le determine inapto(a) para trabajar o exento(a) por otro motivo como:

- Haya cumplido los 60 años de edad.
- Esté en los últimos 30 días de embarazo.
- Sea padre/madre soltero(a) quien cuida a un niño menor de trece (13) semanas de edad.
- La HRA determine que usted es necesitado en casa para cuidar a un miembro del hogar enfermo o discapacitado.

Para poder recibir sus beneficios, usted debe trabajar el número de horas asignadas en su local de trabajo, a menos que tenga motivo justificado para no trabajar. Si usted no cumple este número de horas asignadas sin motivo justificado, sus beneficios pueden reducirse o terminarse.

Este aviso le informa de qué pasos debe tomar en caso de que usted estime que no debe trabajar o que debe recibir una asignación distinta, en razón de un problema médico, o en caso de que no pueda presentarse al trabajo por otro motivo.

¿Qué tal si usted cree que no se le debe exigir que trabaje en razón de un problema médico?

Si usted no está de acuerdo con la determinación de que usted es apto(a) para trabajar, puede solicitar una conferencia o una Audiencia Imparcial, o ambas. Para más información, favor de ver la sección de Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales de este aviso.

Qué debe hacer usted si cree que se le debe asignar un trabajo distinto en razón de un problema médico:

Si a usted ya se le ha determinado como trabajador limitado por un facultativo médico autorizado por la HRA, ha informado a su supervisor de local de trabajo de su estado limitado y la agencia ha concertado arreglos para sus límites, cuanto mejor pueda, usted aún puede oponerse a la asignación de HRA como médicamente inapropiada. El modo correcto de oponerse a una asignación de trabajo y estudio de la HRA es el siguiente:

1. Preséntese a su agencia asignada y averigüe los datos de su asignación. Usted puede tratar de cualquier duda que tenga sobre lo adecuado de la asignación con la persona que le dé la asignación, con el supervisor en la asignación o con el coordinador de trabajo y estudio de la HRA.
2. Si usted no ha resuelto el problema en su local de trabajo, también puede programar una cita para tratar del problema en una conferencia en la Unidad de Servicios al Participante de la HRA en **109 East 16th Street, sala 920A, New York, NY**. Llame al **(212) 835-8457**.
3. Si usted no logra resolver su problema en la Unidad de Servicios al Participante, puede solicitar una Audiencia Imparcial. (Para más información, favor de consultar la sección de Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales de este aviso.)

¿Qué tal si su afección médica cambia de manera que sus aptitudes de trabajo resulten afectadas?

Trate de cualquier problema relacionado con su afección médica con el supervisor de su local de trabajo y proporcione documentación por escrito con el membrete de su médico, la fecha, el diagnóstico y pronóstico, que indique cuáles son las actividades de trabajo que su afección médica le impida desempeñar y la razón por el impedimento. Los documentos deben ser los originales actuales, en vez de fotocopias.

La agencia puede cambiar su asignación por otra, según la afección médica reseñada en la documentación presentada por usted, o si no la agencia le puede derivar a una evaluación médica.

Usted puede rehusar trabajar en una asignación en razón de que no convenga con su afección médica. Sin embargo, si se determina en una Audiencia Imparcial que no existe fundamento para su reclamo de inaptitud para las actividades de trabajo asignadas y que usted falseó intencionadamente su afección médica, se reducirán sus beneficios como sanción.

Siga las instrucciones en la sección a continuación **¿Qué tal si usted recibe un Aviso de la Intención de Discontinuar Beneficios?** en caso de que reciba dicho aviso a raíz de un cambio en su afección médica del cual la agencia no esté al tanto.

¿Cuándo puede usted faltar a su asignación?

Usted no tiene que presentarse a su asignación en los días feriados celebrados por su agencia asignada, en sus días de observancia religiosa (a documentarse), o cuando cuente con "motivo justificado."

¿En qué consiste "motivo justificado" por faltar al trabajo?

El "motivo justificado" incluye circunstancias ajenas a su voluntad, como por ejemplo, enfermedad, emergencia familiar, deber de jurado, citas en las oficinas de la HRA, cierre de escuela, falta de cuidado infantil o problemas con los pagos del mismo, o falta de transporte. "Motivo justificado" también incluye entrevistas de trabajo y empleo temporario o a tiempo parcial.

¿Qué debe hacer usted si va a llegar tarde o faltar al trabajo?

Usted debe notificar por teléfono a su supervisor tan pronto sepa que va a llegar tarde o faltar. Comuníquese con su supervisor antes de la hora programada de comienzo de su trabajo. De no hacerlo, usted puede perder beneficios. Al regresar a su local de trabajo, usted debe traer cualquier documentación obtenible de manera razonable que indique la razón por su ausencia o tardía.

¿Cuáles son las consecuencias de llegar tarde o faltar al trabajo sin motivo justificado, no comunicarse con su supervisor por la ausencia o tardía, o no presentar documentación?

Si usted llega tarde o falta al trabajo sin motivo justificado, recibirá un aviso de incumplimiento de su asignación de trabajo. Usted también puede recibir un aviso por no comunicarse con su supervisor o no presentar documentación. Usted tendrá el derecho de solicitar una conciliación, conferencia y/o Audiencia Imparcial dentro del plazo indicado en el aviso.

¿Qué tal si usted recibe un Aviso de la Intención de Discontinuar Beneficios?

Si usted recibe un Aviso de la Intención de Discontinuar Beneficios por incumplimiento de su asignación de trabajo, usted tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Sus beneficios seguirán emitiéndose, en lo que la Audiencia Imparcial llegue a una decisión, a condición de que usted solicite la Audiencia Imparcial dentro del plazo indicado en el Aviso de la Intención.

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

Tareas Típicas del Participante de Trabajo y Estudio de la HRA por Agrupación de Asignaciones

Nombre del Participante: _____
Nombre I. Apellido

Número del Caso: _____

- | Servicios de Oficinista |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">● contestación de teléfonos● redacción de mensajes● programación de citas● acogida y guía de visitantes● impartición de información general● archivo de expedientes● faxeo de documentos● tramitación de documentos rutinarios● producción y compaginación de copias● habilitación de sala de reuniones● ingreso de datos● taquigrafía en computadora● servicio de mensajero● trabajo de cuarto de correo● empaquetamiento y desempaquetamiento● control de entregas● recepción, almacenamiento y distribución de suministros● trabajo de control de inventario● operación de metro franqueador● expedición de formularios, suministros● publicación de gastos● tramitación de comprobantes● teneduría de libros sencilla |

SAMPLE

Sumario de Información de la Asignación

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____ Número del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Número de Teléfono: _____ CIN: _____

Dirección : _____ Tipo de Caso: _____

_____ Código ES: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Centro de Trabajo: _____

Condado de Residencia: _____

INFORMACIÓN DE ASIGNACIÓN

Agencia: _____

Código de Trabajo: _____

Asignación: _____

Reseña: _____

Fecha NS: _____

Fecha de Presentación: _____

Horas de Trabajo: _____

Cuidado Infantil: _____

Comentario(s):

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Educación Secundaria: _____

Ex-Delincuente: _____

Ex-Adicto: _____

No Habla Inglés: _____

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 concertar 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 escríbanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces éste 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. Si usted sólo solicita una conferencia, sus beneficios no permanecerán los mismos mientras usted tramite su apelación. Sus beneficios permanecerán sin cambios sólo si usted solicita una Audiencia Imparcial. (Vea la sección de Continuación de sus Beneficios.)

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) **FAX:** Faxee 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 para Discapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a la siguiente dirección: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) **POR INTERNET:** Llene un formulario de petición electrónica en: <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.

Si usted padece una discapacidad, y no puede trasladarse, puede comparecer mediante un representante, o un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni es empleado de abogado, su representante debe traerle al funcionario de audiencias una carta escrita y firmada.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratuita, puede obtener tal asistencia al comunicarse 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 al buscar 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. Se enviarán por correo los documentos sólo si lo solicita específicamente.

INFORMACIÓN: Si usted 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

Continuación de su(s) Beneficios(s): Si nuestra decisión afecta sus beneficios y usted solicita una Audiencia Imparcial dentro de diez (10) días a partir de la fecha de este aviso, restauraremos sus beneficios al nivel de previo a este aviso, hasta que se tome una decisión de la Audiencia Imparcial. Si sólo solicita una conferencia, y no una Audiencia Imparcial Estatal, no se restaurarán sus beneficios al nivel previo a este aviso.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que restituir cualesquier beneficios que haya recibido, los cuales no debía haber recibido, mientras esperaba la decisión de la Audiencia Imparcial. Si usted solicita una Audiencia Imparcial y no quiere que se restauren sus beneficios mientras espera que se tome la decisión, debe comunicárselo al Estado al solicitar por teléfono una Audiencia Imparcial, O SI NO marque la casilla abajo y devuelva este aviso.

No quiero que se mantengan al mismo nivel mis beneficios mientras espere que se tome la decisión de la Audiencia Imparcial.

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, usted tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asignación de actividades de trabajo.

Si no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Discapacitados (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de solicitar por escrito una Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la Agencia es errónea porque:

SAMPLE

En Letras de Molde: _____ Núm. del Caso: _____

Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____