





# OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner  
Office of Procedures

## POLICY BULLETIN #16-21-OPE

### INTRODUCTION OF THE NEW FAIR HEARING RESOLUTION NOTICE (FHA-1)

<b>Date:</b> February 29, 2016	<b>Subtopic(s):</b> Fair Hearing				
<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 announce the creation of the Fair Hearing Resolution Notice (<b>FHA-1</b>).</p> <p>The <b>FHA-1</b> is used by Fair Hearing Administration (FHA) staff when notifying an applicant/participant of a resolution related to a Fair Hearing request and the specific actions taken by the agency. Initially, the form will be completed when Fair Hearing staff determine that the fair hearing issues should be resolved during preparation of the evidence packet.</p> <p>The form is a fillable form and staff must complete it by opening it in HRA eDocs. The form must be scanned and indexed into the electronic case record and then mailed to the applicant's/participant's mailing address as recorded in the Welfare Management System (WMS). Additionally, the <b>FHA-1</b> must be included in the evidence packet associated with that hearing.</p> <p>FHA staff will be notified under separate cover when the FHA-1 becomes available for completion in the Fair Hearing Evidence Management System (FHEMS) and when the use of the <b>FHA-1</b> expands beyond evidence packet preparation.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p><b>Attachments:</b></p> <table data-bbox="479 1646 1323 1732"><tr><td><b>FHA-1 (E)</b></td><td>Fair Hearing Resolution Notice</td></tr><tr><td><b>FHA-1 (S)</b></td><td>Fair Hearing Resolution Notice (Spanish)</td></tr></table>	<b>FHA-1 (E)</b>	Fair Hearing Resolution Notice	<b>FHA-1 (S)</b>	Fair Hearing Resolution Notice (Spanish)
<b>FHA-1 (E)</b>	Fair Hearing Resolution Notice				
<b>FHA-1 (S)</b>	Fair Hearing Resolution Notice (Spanish)				

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

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

**FAIR HEARING RESOLUTION NOTICE**

**\* Note: only the boxes or sections filled out below are about your case.**

<b>Section I: Fair Hearing Issue</b>
<p style="text-align: center;">Your Fair Hearing Number _____</p> <p><input type="checkbox"/> You requested a Fair Hearing because we sent you a notice:          Notice Number: _____ Date of Notice: _____          Telling you: _____          Because: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Your Fair Hearing request was not related to a notice.</p> <p><input type="checkbox"/> The resolution actions explained in this resolution notice are not related to a Fair Hearing.</p>
<b>Section II: Action(s) Taken</b>
<p style="text-align: center;"><b>Deleted/Removed</b></p> <p><input type="checkbox"/> We withdrew the notice CNS or RTI #: _____ dated _____</p> <p><input type="checkbox"/> We deleted from your case record the:</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Employment sanction for: _____ dated _____</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Overpayment/recoupment RTI # _____ in the amount of: \$ _____</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Child Support (OCSE) sanction</p> <p><input type="checkbox"/> We removed _____          from your <input type="checkbox"/> Cash Assistance (CA) household budget.  <input type="checkbox"/> Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) household budget.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Re-instated/Added</b></p> <p><input type="checkbox"/> We reinstated your:</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Medicaid eligibility retroactively to: _____</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> eligibility for Child Care benefits for the period of _____ to _____</p> <p style="margin-left: 40px;">If your child care provider has not received payment for services provided, please contact the Administration for Children's Services Voucher Payment Unit at (212) 227-2257.</p> <p><input type="checkbox"/> We added _____          to your <input type="checkbox"/> Cash Assistance (CA) household budget.  <input type="checkbox"/> Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) household budget.</p>

**Section II: Action(s) Taken (Continued)**

**Issued**

We issued:

the cash benefits you lost because of our case action.

Specifically we issued cash benefits on your EBT card in the amounts of:

<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____	<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____
Begin Date: _____	Begin Date: _____
End Date: _____	End Date: _____
<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____	<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____
Begin Date: _____	Begin Date: _____
End Date: _____	End Date: _____

rent directly to your landlord in the amounts of:

<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____	<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____
Begin Date: _____	Begin Date: _____
End Date: _____	End Date: _____

<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____	<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____
Begin Date: _____	Begin Date: _____
End Date: _____	End Date: _____

a shelter supplement (e.g. FEPS) directly to your landlord in the amounts of:

<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____	<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____
Begin Date: _____	Begin Date: _____
End Date: _____	End Date: _____

<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____	<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____
Begin Date: _____	Begin Date: _____
End Date: _____	End Date: _____

the SNAP benefits you lost because of our case action.

Specifically we issued SNAP benefits to your EBT card in the amounts of:

<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____	<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____
Begin Date: _____	Begin Date: _____
End Date: _____	End Date: _____

<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____	<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____
Begin Date: _____	Begin Date: _____
End Date: _____	End Date: _____

carfare to you in the amounts of:

<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____	<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____
Begin Date: _____	Begin Date: _____
End Date: _____	End Date: _____

<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____	<input type="checkbox"/> Amount: \$ _____
Begin Date: _____	Begin Date: _____
End Date: _____	End Date: _____

SAMPLE

Budget	
<input type="checkbox"/>	Since you were granted "aid to continue," you did not lose any benefits as a result of the notice we sent you. However: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Your case/line is now active for recurring benefits, or</li> <li><input type="checkbox"/> Your case/line remains closed or sanctioned because of an unrelated closing or sanction.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	We are not issuing any Cash Assistance benefits at this time because your case/line is closed due to an unrelated issue.
<input type="checkbox"/>	We are not issuing any SNAP benefits at this time because your certification period has expired.
<input type="checkbox"/>	Your budget change will <b>NOT</b> go into effect and your benefits remain unchanged. A copy of your current budget is enclosed. If we plan to make any new change in your budget, we will send you a new notice in the mail explaining the change.
<input type="checkbox"/>	Your budget is being changed. You will receive a new notice in the mail explaining the change and what you should do if you do not agree with the change.
	Effective _____, your new grant will be \$ _____ semi-monthly.
<input type="checkbox"/>	We have recertified your. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cash Assistance case    <input type="checkbox"/> SNAP case</li> </ul>
	Your new CED date is: _____
	<b>Other</b>
<input type="checkbox"/>	Other: <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>

**If you don't agree that we have resolved all the issues for this Fair Hearing, you should still go to the Fair Hearing.**

**If you agree that the action(s) taken resolve all the issues for this Fair Hearing, you can withdraw your Fair Hearing request by calling (877) 209-1134 or completing OTDA's Fair Hearing Online Withdrawal Form available at <https://errswbnet.otda.ny.gov/errswbnet/ewithdraw.aspx>, or in-person at 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201.**

---

Agency Representative	Telephone No.	Date
-----------------------	---------------	------

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Número del Caso: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
 Centro: \_\_\_\_\_

## AVISO DE RESOLUCIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

**\* Nota: Sólo las casillas o secciones llenadas más abajo corresponden a su caso.**

Sección I: Cuestión de la Audiencia Imparcial
<p style="text-align: center;">Su Número de Audiencia Imparcial _____</p> <p><input type="checkbox"/> Usted solicitó una Audiencia Imparcial por nosotros haberle enviado un aviso:                      Número del Aviso : _____ Fecha del Aviso: _____                      Información: _____                      Motivo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Su solicitud de Audiencia Imparcial no corresponde a un aviso.  <input type="checkbox"/> Las medidas detalladas en este aviso de resolución no corresponden a una Audiencia Imparcial.</p>
Sección II: Medida(s) Tomada(s)
Borrado/Eliminado
<p><input type="checkbox"/> Hemos retirado el aviso de Núm. CNS o RTI _____ con fecha del _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hemos borrado de su expediente de caso:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> la sanción de empleo para _____ con fecha del _____</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> el/la sobrepago/recuperación de Núm. de RTI _____ en la cantidad de \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> la sanción de Manutención de Niños (OCSE)</p> <p><input type="checkbox"/> Hemos borrado a _____                      de su <input type="checkbox"/> presupuesto del hogar de Asistencia en Efectivo (CA).  <input type="checkbox"/> presupuesto del hogar del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).</p>
Restablecido/Añadido
<p><input type="checkbox"/> Hemos restaurado su:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> elegibilidad para Medicaid retroactiva a _____</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> elegibilidad para beneficios de Cuidado Infantil por el período de _____ a _____                      Si su proveedor de cuidado infantil no ha recibido pago por servicios brindados, favor de comunicarse con la Unidad de Comprobantes de Pago de la Administración de Servicios al Niño al (212) 227-2257.</p> <p><input type="checkbox"/> Hemos añadido a _____                      a su <input type="checkbox"/> presupuesto del hogar de Asistencia en Efectivo (CA).  <input type="checkbox"/> presupuesto del hogar del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).</p>

**Sección II: Medida(s) Tomada(s) (continuación)**

**Expedido**

Hemos expedido:

los beneficios en efectivo perdidos por usted a raíz de nuestra medida respecto a su caso.

En concreto hemos expedido beneficios en efectivo a su tarjeta EBT en las cantidades de:

<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____
Fecha Inicial: _____	Fecha Inicial: _____
Fecha Final: _____	Fecha Final: _____

<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____
Fecha Inicial: _____	Fecha Inicial: _____
Fecha Final: _____	Fecha Final: _____

alquiler directamente a su casero en las cantidades de:

<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____
Fecha Inicial: _____	Fecha Inicial: _____
Fecha Final: _____	Fecha Final: _____

<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____
Fecha Inicial: _____	Fecha Inicial: _____
Fecha Final: _____	Fecha Final: _____

un suplemento de albergue (p.ej., FEPS) directamente a su casero en las cantidades de:

<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____
Fecha Inicial: _____	Fecha Inicial: _____
Fecha Final: _____	Fecha Final: _____

<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____
Fecha Inicial: _____	Fecha Inicial: _____
Fecha Final: _____	Fecha Final: _____

los beneficios de SNAP perdidos por usted a raíz de nuestra medida respecto a su caso.

En concreto hemos expedido beneficios en efectivo a su tarjeta EBT en las cantidades de:

<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____
Fecha Inicial: _____	Fecha Inicial: _____
Fecha Final: _____	Fecha Final: _____

<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____
Fecha Inicial: _____	Fecha Inicial: _____
Fecha Final: _____	Fecha Final: _____

tarifa de transporte a usted en las cantidades de:

<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____
Fecha Inicial: _____	Fecha Inicial: _____
Fecha Final: _____	Fecha Final: _____

<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____	<input type="checkbox"/> Cantidad: \$ _____
Fecha Inicial: _____	Fecha Inicial: _____
Fecha Final: _____	Fecha Final: _____

SAMPLE

<b>Presupuesto</b>	
<input type="checkbox"/>	Puesto que se le otorgó "asistencia continua," usted no perdió ningún beneficio a raíz del aviso que nosotros le enviamos. No obstante: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> su caso/línea ya está activo/a para beneficios recurrentes, o</li> <li><input type="checkbox"/> su caso/línea sigue cerrado/a o sancionado/a debido a un cierre o sanción no relacionado.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	No hemos expedido ningún beneficio de Asistencia en Efectivo en este momento porque su caso/línea está cerrado/a por un motivo no relacionado.
<input type="checkbox"/>	No hemos expedido ningún beneficio de SNAP en este momento porque se ha vencido su período de certificación .
<input type="checkbox"/>	<b>NO</b> entrará en vigor el cambio del presupuesto, <b>NI</b> cambiarán sus beneficios. En adjunto se encuentra una copia de su actual presupuesto. En caso de que proyectemos algún nuevo cambio en su presupuesto, le enviaremos a usted por correo un nuevo aviso para detallar el cambio.
<input type="checkbox"/>	Su presupuesto se ha cambiado. Usted recibirá por correo un nuevo aviso para detallar el cambio y el trámite a seguir en caso de que usted no esté de acuerdo con dicho cambio.
A partir de _____, su nueva concesión sumará \$ _____ quincenales.	
<input type="checkbox"/>	Hemos recertificado: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> su caso de Asistencia en Efectivo</li> <li><input type="checkbox"/> su caso de SNAP</li> </ul> Su nueva fecha de CED es el: _____
<b>Otro caso</b>	
<input type="checkbox"/>	Otro caso: <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

**Si usted no acepta que nosotros hemos resuelto todas las cuestiones relacionadas con la Audiencia Imparcial, aún debe presentarse a la misma.**

**Si usted acepta que la(s) medida(s) tomada(s) ha(n) resuelto todas las cuestiones relacionadas con esta Audiencia Imparcial, puede retirar su petición de Audiencia al llamar al (877) 209-1134, o al llenar por Internet el Formulario en Línea de OTDA de Retiro de Audiencia Imparcial, el cual está disponible en <https://errswebnet.otda.ny.gov/errswebnet/ewithdraw.aspx>, o al usted presentarse en persona en el 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201.**

Representante de la Agencia	Núm. de Teléfono	Fecha
-----------------------------	------------------	-------