



OFFICE OF POLICY, PROCEDURES AND TRAINING


James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #16-22-ELI

(This Policy Bulletin Replaces PB #14-125-ELI)

REVISIONS TO THE ESTABLISHMENT OF A HOME GRANT

Date: February 29, 2016	Subtopic(s): Eligibility
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>Revisions to Original Policy Bulletin:</p> <p>This policy bulletin is being revised to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remove information related to referring individuals to the Red Cross and the Dwelling Survey Worksheet (W-30FF). • Provide a clear definition of the term “permanent housing”. • Remind staff to provide detailed case comments and a breakdown of the benefit issuance in the Paperless Office System (POS). • Remind staff of the requirement that each request for an establishment of a home grant must be recorded on the Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or to Add a Person to the Cash Assistance Case (For Participants Only) (W-137A) form for participants and in the Single Issue Grants Allowance request for both applicants and participants. • Remind staff that for each request, a decision must be made and documented either on the Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need or Special Allowance (For Applicants Only) (W-145HH) for applicants or the Action Taken on Your Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or to Add a Person to the Cash Assistance Case (For Participants Only) (W-137B) for participants. • Revise the Schedule of Allowances for the Initial or Replacement Cost of Essential Household Furniture, Furnishings, Equipment, and Supplies; Disaster Clothing Replacement Schedule (W-137M) to add the Disaster Clothing Replacement Schedule (Code 46).

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

Purpose:

The purpose of this policy bulletin is to remind Job Center staff that a request for an establishment of a home grant (Single Issuance Code **60**) can only be granted for the purchase of necessary and essential furniture (including household furnishings, equipment and supplies) required to establish a home for persons eligible for cash assistance/emergency assistance when provisions of these items cannot otherwise be secured. The household must meet all standard eligibility requirements and any one of the following criteria:

- An individual or family temporarily housed in a hotel, motel, homeless shelter, residential program for victims of domestic violence, or other temporary accommodations to which the individual or family has been referred by HRA, is being permanently re-housed in unfurnished housing accommodations, and suitable furnished accommodations are not available.

Note: For the purposes of this eligibility criterion, a move from one facility such as a shelter to another shelter would not be considered permanently re-housed. Additionally, secondary tenant/room rentals should be evaluated on a case-by-case basis to determine the actual need for the furniture. This need must be documented in the case record.

- An unattached individual who is discharged from an institution and is determined to be capable of maintaining an apartment in the community and suitable furnished accommodations are not available.
- An adult who is discharged from an institution and wishes to rejoin his/her family, which needs additional furniture to provide adequate shelter for him/her.
- A child is returned to his/her parents, who are in need of additional furniture to provide adequate shelter for him/her.
- It is essential that an individual or family be re-housed in order to safeguard his/her or their health, safety, and well-being. In this instance, the individual's/family's living situation is adversely affecting his/her or their physical and mental health and thus the need for the move. The emergency in this situation must also be such that the applicant/participant cannot move with their current furnishing.

In each of the five criteria listed above an individual/family is being re-housed (moving from one living situation to another).

Revised

New information

To initiate the request in POS, staff must access the following screens in the Single Issuance Grant Requests Task List:

Special Grants Section (SI Task List)

Instructions: Use the window below to record grant requests. To record a request, click "Yes" for the appropriate row in the window. A Response to Question window will appear to allow you to record the details of the request. Once all requests are recorded, click the Next button to continue.

	Yes	No
Housing Related Benefits (rent in advance, moving allowance, security deposit, broker's fee, furniture allowance)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Housing Related Benefits Question

Response to Question

This window allows you to record requests for rent in advance to secure an apartment, security deposit, storage fees, broker's fee or voucher and furniture allowance.

Case Head Name: [Dropdown] Household Size: [Text]

Shelter Code: [Text] Is Rent in Advance Required? Yes No

Advance Rent Amount: [Text] Frequency: [Text] Monthly excess rent: [Text] Excess rent: [Text] Move in Date: 00/00/0000

Heat separate from rent? Yes No

New Address: Street Number/dir/Name/Type/apt [Text] City/State/Zip [Text]

OK Cancel

Yes for Furniture

Response to Question

This window allows you to record requests for rent in advance to secure an apartment, security deposit, storage fees, broker's fee or voucher and furniture allowance.

Landlord Name: [Text]

Landlord Address: Street Number [Text] Dir/Name/Type [Text] City/State/Zip [Text]

Moving Allowance Yes... No Security Deposit Yes... No Broker's Fee/voucher Yes... No Furniture Yes... No

Document... [Text] Scan Comment... [Text]

OK Cancel

Enter details in drill down window

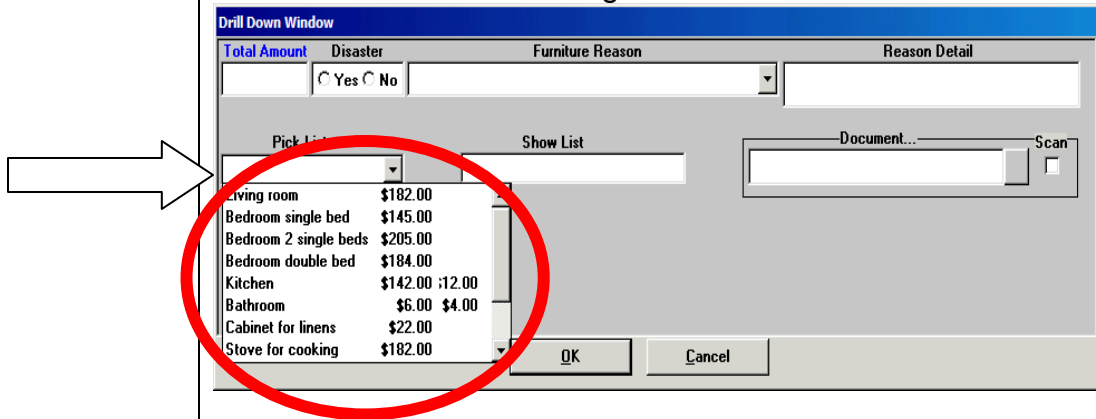
Drill Down Window

Total Amount	Disaster	Furniture Reason	Reason Detail
[Text]	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	[Dropdown]	[Text]

PICK LIST [Dropdown] Show List [Text] Document... [Text] Scan

OK Cancel

Pick List for items – Running sum in Total Amount



Refer to [PD 14-14-OPE](#) and [PD 10-22-SYS](#)

Note: Refer to PD #10-22-SYS for detailed system processes of the Single Issue Grant Requests screens in POS. Staff must also adhere to the processing requirements detailed in PD #14-14-OPE to ensure proper generation of the **W-137A**.

New information

Staff must provide detailed case comments and list of the items according to the breakdown available in POS:

- Living room - \$182;
- Bedroom with single bed - \$145;
- Bedroom with two single beds - \$205;
- Bedroom with a double bed - \$184;
- Kitchen (excluding appliances) - \$142 (\$12 for each additional person);
- Range - \$182;
- Refrigerator - \$182(or \$258 for four or more persons);
- Bathroom - \$6 (plus \$4 for each additional person);
- Other equipment – cabinet for linens - \$22;
- Other equipment – stove for heating - \$72 (or \$82 for five or more persons).

Replacement of unusable furniture for health and safety reasons

Sometimes, an applicant/participant who has not had a change in living accommodations will request an allowance to replace existing furniture. In these instances the applicant/participant may state that the replacement of the furniture is needed in order to safeguard his/her physical and mental health.

A move into unfurnished accommodations must occur in order to issue a grant.

An establishment of a home grant for health and safety reasons can only be approved when an applicant/participant has been moved from one residence into unfurnished accommodations and suitable furnished accommodations are not available.

For example if an individual reports an infestation of the bed bugs, but is not forced to leave the apartment, an establishment of a home grant cannot be issued.

Loss or damage as a result of burglary, theft, vandalism, fire, flood, or other similar catastrophe

Note: Allowances may be made for the replacement of clothing (Single Issuance Code **46**) and furniture (Single Issuance Code **47**) for an individual or family suffering the loss or damage of such items as a result of burglary, theft, vandalism, fire, flood, or other similar catastrophe, which could not have been foreseen by the individual or family and was not under his/her or their control.

Documentation provided must be scanned and indexed into the electronic case record.

All losses due to burglary, theft, or vandalism must be reported to local law enforcement officials and be appropriately verified by local officials before replacement or repair is made. Documentation in the case record shall include the NYPD – Job Center Report/Referral (**W-451**) or a regular detailed police report.

All losses due to fire or water damage connected to extinguishing a fire must be reported to local fire department officials and verified before replacement or repair is made. The fire department report regarding such losses must be scanned and indexed into the Intra-agency correspondence folder (as the document type Fire Department Report) in the HRA One Viewer.

Note: Referrals to Red Cross are no longer required in these instances.

See [Worker's Guide to Codes](#) for complete information on Special Grant Codes.

The establishment of a home grant (Single Issuance Code **60**), replacement or repair of clothing (Single Issuance Code **46**) and furniture (Single Issuance Code **47**) will be issued according to the revised Schedules indicated on the **W-137M**.

HPA enhanced allowance criteria
New information

An Enhanced Establishment of a Home Grant or Enhanced Furniture allowance was developed by the Homelessness Prevention Administration (HPA). This enhanced grant exceeds the grant amounts included on the **W-137M**. It provides an incentive to shelter residents to move out of a shelter into permanent unfurnished housing with adequate furniture items.

Refer to [PB #15-105-OPE](#) and [Fax-Flash 14-58](#)

For shelter residents moving into a furnished room or Single Room Occupancy (SRO), HPA will approve a partial enhanced furniture allowance when the enhanced furniture allowance request indicates that the applicant/participant needs to purchase household items such as pots, pans, etc. In instances when the participant has storage fees paid by the Agency and the itemized storage statement verifies that there are only clothing items in the unit, the enhanced furniture allowance is approved.

However, if the itemized storage list/inventory verifies that there is furniture or household items like those requested, the grant for those items should not be issued.

Refer to **Attachment A** for examples on how to calculate the enhanced amounts.

Note: The enhanced furniture allowance may only be issued by the Centralized Rent Processing Unit (CRPU), the Landlord Ombudsman Service Unit (LOSU) or The Veterans Job Center (#62).

New information

Documentation of the need for such issuances must be fully recorded in each case record. Possible documentation includes, but is not limited to:

- Leasing/purchasing/sales agreements
- Landlord notice
- Shelter letter
- Itemized storage statement

If documentation is not available at the time of the request, the individual making the request must be provided the Documentation Request Form (**W-113A**).

New Information

Staff is reminded that in all cases, detailed case comments must be entered including the breakdown of how the benefit was calculated. Additionally, if staff are provided a directive from a superior to issue an Establishment of Home grant without the required documentation (including the **LDSS-2921** or **W-137A**), the directive must be put in writing and scanned and indexed into the electronic case record.

Effective Immediately

References:


18NYCRR 352.7 (a)
[Temporary Assistance Source Book](#), Chapter 16, page 411

Related Items:

[PD #14-14-OPE](#)
[PD #10-22-SYS](#)

Attachments:

Attachment A Enhanced Establishment of Home Grant (Furniture Allowance)
W-137A Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or to Add a Person to the Cash Assistance Case (For Participants Only) (Rev. 7/1/14)

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

W-137A (S)	Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or to Add a Person to the Cash Assistance Case (For Participants Only)(Spanish) (Rev. 7/1/14)
W-137B	Action Taken on Your Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or to Add a Person to the Cash Assistance Case (For Participants Only) (Rev. 7/1/14)
W-137B(S)	Action Taken on Your Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or to Add a Person to the Cash Assistance Case (For Participants Only) (Spanish)(Rev. 7/1/14)
W-113A	Documentation Request Form (Rev. 7/1/14)
W-113A(S)	Documentation Request Form (Spanish)(Rev. 7/1/14)
W-145HH	Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need or Special Allowance (For Applicants Only) (Rev.6/23/14)
W-145HH(S)	Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need or Special Allowance (For Applicants Only) (Spanish)(Rev. 06/23/14)
W-137M	Schedule of Allowances for the Initial or Replacement Cost of Essential Household Furniture, Furnishings, Equipment, and Supplies; Disaster Clothing Replacement Schedule (Rev. 02/29/2016)
W-451	NYPD – Job Center Report/Referral (Rev. 5/7/14)

	<u>Existing Schedule</u>	<u>Enhanced Furniture Allowance *</u>
Family of 2		
Living Room -	\$182	\$364
Bedroom - 1 double bed + 1 single bed	\$329	\$658
Kitchen -	\$154	\$308
Bathroom -	\$10	\$20
Total -	\$675	\$1350
Family of 3		
Living Room -	\$182	\$364
Bedroom - 1 double bed + 2 single beds	\$474	\$948
Kitchen -	\$166	\$332
Bathroom -	\$14	\$28
Total -	\$836	\$1672
Family of 4		
Living Room -	\$182	\$364
Bedroom - 2 double beds + 2 single beds	\$658	\$1316
Kitchen -	\$178	\$356
Bathroom -	\$18	\$36
Total -	\$1036	\$2072

For families greater than 4, calculate the Regular Establishment of a Home Grant using the Schedule of Allowances for the Initial or Replacement Cost of Essential Household Furniture, Furnishings, Equipment, and Supplies (**M-137**) for the household size and then multiply it by 2.

*These enhanced payments are limited to individuals and families moving out of shelter and those approved for CITYFEPS.

Date: _____
Case Name: _____
Case Number: _____
Caseload: _____
Center: _____
Worker Telephone No.: _____
FH&C Telephone No.: _____

Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or to Add a Person to the Cash Assistance Case (For Participants Only)

Please fill out this form if you need emergency assistance, additional allowances, or to add a person to the case.

Remember:

- (1) You may be asked for proof of what you tell us. If you have trouble obtaining proof, your Worker must help you.
- (2) You may still need to see your Worker. If you do, you will be given an appointment.

SECTION I: EMERGENCY ASSISTANCE

The type of emergency assistance I am requesting is:

SAMPLE

The reason I need emergency assistance is:

SECTION II: ADDITIONAL ALLOWANCES

I am requesting the following allowance(s) for special need(s):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Back rent | <input type="checkbox"/> Additional allowance for fuel |
| <input type="checkbox"/> Repair of essential household items | <input type="checkbox"/> Additional allowance to maintain or restore utility service |
| <input type="checkbox"/> Back mortgage and/or taxes | <input type="checkbox"/> Property repairs |
| <input type="checkbox"/> Pregnancy allowance | <input type="checkbox"/> Replacement of clothing lost as a result of a disaster such as homelessness or fire |
| <input type="checkbox"/> Restaurant allowance because I cannot prepare meals where I am living | <input type="checkbox"/> Other: |
| <input type="checkbox"/> Burial allowance – you or your duly authorized representative must apply for this allowance at the Burial Claims Unit
25 Chapel Street, Room 606
Brooklyn, NY 11201
Telephone: (718) 473-8310 | |

(Worker: Scan and Index this completed form and give the signed original back to the participant.)

SECTION II: ADDITIONAL ALLOWANCES (Continued)

I am requesting the following allowance(s) for special need(s):

<p>Expenses related to moving:</p> <p><input type="checkbox"/> Moving expenses</p> <p><input type="checkbox"/> Security deposit/agreement</p> <p><input type="checkbox"/> Broker's/finder's fee/voucher</p> <p><input type="checkbox"/> Furniture and other household items</p> <p><input type="checkbox"/> Storage of furniture and personal belongings</p>	<p>New Address: _____ (include apt. no.)</p> <p>_____ City _____ State _____ Zip Code _____</p> <p>When did you move? _____ New rent: \$ _____</p> <p>Landlord's name: _____</p> <p>Primary tenant's name: _____</p> <p>Address: _____ (include apt. no.)</p> <p>_____ City _____ State _____ Zip Code _____</p>
---	--

SECTION III: WORK ACTIVITY-RELATED SUPPORTIVE SERVICES

I am requesting the following supportive services:

- | | |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Clothing for participants in job search activities who have exceptional circumstances, such as homelessness or a recent fire and lack of appropriate clothing</p> <p><input type="checkbox"/> Activity/engagement-related licensing, uniform or durable goods fee within approved limits, upon submission of documentation certifying the need for such items</p> | <p><input type="checkbox"/> Child care allowance within approved limits, if needed</p> <p><input type="checkbox"/> Necessary public transportation</p> <p><input type="checkbox"/> Other work activity-related supportive services: _____</p> |
|--|---|

WEP agencies and/or contractors are responsible for providing necessary safety equipment or job-related clothing for their participants.

Necessary supportive services will be provided when you begin a work activity. If your needs change or if you are not receiving a needed service, you should apply for an additional allowance.

SECTION IV: ADD PERSON TO CASE

If you do not have all this information, you can still submit this form to your Worker.

I want to add the following person(s) to my cash assistance case:

<p><input type="checkbox"/> New Baby</p> <p><input type="checkbox"/> Child entered home</p> <p><input type="checkbox"/> Child under 18 years of age (whose immigrant status has changed since my last application/recertification)</p> <p><input type="checkbox"/> Spouse/Adult living with me who has not previously applied (this person must complete an application to receive assistance)</p> <p><input type="checkbox"/> Spouse who previously applied and was denied because immigration status and his/hers status have changed now (this person does not need to complete another application/recertification)</p> <p><input type="checkbox"/> Myself/Adult payee to the case</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p>	<p>Name: _____</p> <p>Date moved in/returned: _____</p> <p>Date of Birth: _____</p> <p>Social Security Number (if known): _____</p> <hr/> <p>Name: _____</p> <p>Date moved in/returned: _____</p> <p>Date of Birth: _____</p> <p>Social Security Number (if known): _____</p> <hr/> <p>Name: _____</p> <p>Date moved in/returned: _____</p> <p>Date of Birth: _____</p> <p>Social Security Number (if known): _____</p>
---	---

Participant's Signature _____ Date of Request _____ Time of Request _____ AM PM

Worker's Signature _____ Date _____

Fecha: _____
Nombre del Caso: _____
Número del Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Centro: _____
Núm. de Teléfono del Trabajador: _____
Núm. de Tel. del FH&C: _____

Petición para Asistencia de Emergencia, Asignaciones Adicionales, o para Añadir a una Persona al Caso de Asistencia en Efectivo (Sólo para Participantes)

Favor de llenar este formulario si necesita asistencia de emergencia, asignaciones adicionales, o para añadir una persona al caso.

Recuerde:

- (1) Puede que se le pida prueba de los datos que usted nos proporcione. Si tiene problemas en obtener pruebas, su Trabajador tiene que ayudarlo.
- (2) Puede que usted aún necesite reunirse con su Trabajador. En tal caso, se le programará una cita.

SECCIÓN I: ASISTENCIA DE EMERGENCIA

El tipo de asistencia de emergencia que estoy solicitando es:

SAMPLE

La razón por la cual necesito asistencia de emergencia es la siguiente:

SECCIÓN II: ASIGNACIONES ADICIONALES

Estoy solicitando la(s) siguiente(s) asignación(es) para necesidad(es) especial(es):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alquiler atrasado | <input type="checkbox"/> Asignación adicional para combustible |
| <input type="checkbox"/> Reparación de artículos del hogar de primera necesidad | <input type="checkbox"/> Asignación adicional para mantener o restaurar servicios públicos |
| <input type="checkbox"/> Hipoteca y/o impuestos atrasados | <input type="checkbox"/> Reparaciones a la propiedad |
| <input type="checkbox"/> Asignación para embarazo | <input type="checkbox"/> Reemplazo de ropa perdida a raíz de desastres tal como desamparo o incendio |
| <input type="checkbox"/> Asignación para restaurante porque no puedo preparar comidas donde estoy viviendo | <input type="checkbox"/> Otras asignaciones: |
| <input type="checkbox"/> Asignación para entierros – usted o su representante debidamente autorizado debe solicitar esta asignación en la Unidad de Reclamos de Entierro
25 Chapel Street, Sala 606
Brooklyn, NY 11201
Teléfono: (718) 473-8310 | |

(Worker: Scan and Index this completed form and give the signed original back to the participant.)

SECCIÓN II: ASIGNACIONES ADICIONALES (continuación)

Estoy solicitando la(s) siguiente(s) asignación(es) para necesidad(es) especial(es):

<p>Gastos relacionados con la mudanza::</p> <p><input type="checkbox"/> Gastos de mudanza</p> <p><input type="checkbox"/> Depósito/acuerdo de garantía</p> <p><input type="checkbox"/> Pago de comisión/comprobante de agente</p> <p><input type="checkbox"/> Muebles y otros artículos del hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Almacenamiento de muebles y artículos personales</p>	<p>Nueva Dirección: _____ (con núm. de apt.)</p> <p>_____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal</p> <p>¿Cuándo se mudó? _____ Nuevo alquiler: \$ _____</p> <p>Nombre del casero: _____</p> <p>Nombre del inquilino principal: _____</p> <p>Dirección: _____ (con núm. de apt.)</p> <p>_____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal</p>
---	---

SECCIÓN III: SERVICIOS DE APOYO RELACIONADOS CON ACTIVIDADES DE TRABAJO

Estoy solicitando los siguientes servicios de apoyo:

- | | |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> Ropa para participantes que realicen actividades relacionadas con la búsqueda de trabajo, que se encuentren en situaciones fuera de lo común, tales como desahucio o incendio reciente y no tener la vestimenta adecuada.</p> <p><input type="checkbox"/> Cuota de autorización, relacionada con actividad/participación, de uniformes o bienes duraderos dentro de los límites aprobados, a la hora de presentar la documentación que compruebe la necesidad de dichos artículos</p> | <p><input type="checkbox"/> Asignación de cuidado infantil dentro de los límites aprobados, de ser necesario</p> <p><input type="checkbox"/> Transporte público necesario</p> <p><input type="checkbox"/> Otros servicios de apoyo relativos a actividades de trabajo: _____</p> |
|--|--|

Las agencias de WEP y/o los contratistas tienen la responsabilidad de proporcionar a sus participantes la ropa o el equipo de seguridad necesarios para el trabajo.

Se brindarán los servicios necesarios cuando usted empiece una actividad de trabajo. Si se produce algún cambio en sus necesidades, o si usted no está recibiendo un servicio necesario, debería solicitar una asignación adicional.

SECCIÓN IV: AÑADA A UNA PERSONA AL CASO

Si usted no tiene toda esta información, aún puede presentar este formulario a su Trabajador.

Deseo añadir a la(s) siguientes personas a mi caso de asistencia en efectivo:

<p><input type="checkbox"/> Recién nacido</p> <p><input type="checkbox"/> Niño ingresó al hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Niño menor de 18 años de edad (cuyo estado de inmigración haya cambiado desde mi última solicitud/recertificación)</p> <p><input type="checkbox"/> Cónyuge/Adulto que viva conmigo quien no haya presentado solicitud anteriormente (para recibir asistencia dicha persona debe llenar una solicitud)</p> <p><input type="checkbox"/> Cónyuge quien anteriormente haya presentado solicitado y haya sido rechazado por su estado de inmigración y cuyo estado haya cambiado (dicha persona no necesita llenar otra solicitud/recertificación)</p> <p><input type="checkbox"/> Yo mismo(a)/Beneficiario adulto al caso</p> <p><input type="checkbox"/> Otra Persona _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otra Persona _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otra Persona _____</p>	<p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de mudanza/regreso: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Número de Seguro Social (si lo sabe): _____</p> <hr/> <p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de mudanza/regreso: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Número de Seguro Social (si lo sabe): _____</p> <hr/> <p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de mudanza/regreso: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Número de Seguro Social (si lo sabe): _____</p>
--	--

Firma del Participante

Fecha de la Petición

Hora de la Petición AM PM

Worker's Signature

Fecha

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Caseload: _____
Worker Telephone No.: _____
FH&C Telephone No.: _____

**Action Taken on Your Request for Emergency Assistance, Additional Allowances,
or to Add a Person to the Cash Assistance Case
(For Participants Only)**

The Agency's decision(s) regarding your benefit program(s) is/are explained below, next to the checked box(es) .

This Notice applies only to your request for an additional allowance to meet a special need, a change in grant, or an application for emergency assistance. If your request for additional assistance is denied, your ongoing Cash Assistance case will not be affected.

On _____, you requested Emergency Assistance Additional Allowance for:
(Date)

SAMPLE

- Your request for _____ has been accepted. You will receive:
- One payment in the amount of \$ _____ . Period covered, if applicable: _____

Method of payment:

- Broker's or finder's fee/voucher Check to be picked up by you at your Job Center Check mailed to your home
- As an addition to your regular public grant, which can be obtained through the EBT system Security deposit agreement Direct vendor check
- Other action: _____
- You will receive a second notice informing you as to how your ongoing benefits will be affected.

On _____, you were referred to the Burial Claims Unit at 25 Chapel Street, Room 606, Brooklyn, NY 11201, (718) 473-8310, to apply for a burial allowance.

Your request for _____ has been denied because:

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR (please see the section numbers below):

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Addition to Household § 352.30 | <input type="checkbox"/> Additional Allowance for Fuel § 352.5 | <input type="checkbox"/> Back Mortgage and/or Taxes § 352.7(g) | <input type="checkbox"/> Back Rent § 352.7(g) |
| <input type="checkbox"/> Broker's or Finder's Fee/Voucher § 352.6(a) | <input type="checkbox"/> Catastrophic Loss (replacement of clothing and furniture lost in fire, flood or other disaster) § 352.7(d) | <input type="checkbox"/> Furniture and Other Household Items § 352.7(a) | <input type="checkbox"/> Moving Expenses § 352.6(a) |
| <input type="checkbox"/> Payment to Maintain or Restore Utility Services § 352.5 | <input type="checkbox"/> Pregnancy Allowance § 352.7(k) | <input type="checkbox"/> Property Repairs § 352.4(d), § 352.6(e) | <input type="checkbox"/> Rent Security Deposit/ Letter of Guarantee § 352.6(a) |
| <input type="checkbox"/> Repair of Essential Household Items § 352.7(b) | <input type="checkbox"/> Restaurant Allowance § 352.7(c) | <input type="checkbox"/> Semimonthly Fuel for Heating Allowance § 352.5(b) | <input type="checkbox"/> Storage of Furniture and Personal Belongings § 352.6(f) |
| <input type="checkbox"/> Work Activity Related Supportive Services § 385.4 | | | |
- Other (specify): _____

JOS/Worker's Signature

Date

Supervisor's Signature

Date

**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.**

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 one (1)** of this notice or write to us at the address on **page one (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.

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, 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.ctda.ny.gov/eah/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 disability you 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 one (1)** of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

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 Cash Assistance, medical assistance or social services issues and ninety (90) days for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) 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. **Note:** If your situation is extremely serious please explain your situation; the State will attempt to process your request for a Fair Hearing as quickly as possible. If you call to request a Fair Hearing, please be prepared to explain your situation to the person who answers the phone.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

SAMPLE

Print Name: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Unidad de Casos: _____
Núm. de Teléfono del Trabajador: _____
Núm. de Teléfono de FH&C: _____

Medidas Tomadas con Respecto a su Petición de Asistencia de Emergencia, Asignaciones Adicionales, o Añadidura de una Persona al Caso (Sólo para Participantes)

La(s) decisión(es) de la Agencia con respecto a su(s) programa(s) de beneficio(s) se explica(n) más abajo, junto a la(s) casilla(s) marcada(s) .

Este Aviso sólo se refiere a su petición de una asignación adicional para satisfacer una necesidad específica, un cambio en la concesión o una solicitud de asistencia de emergencia. Si su petición de asistencia adicional es rechazada, su caso actual de Asistencia en Efectivo no será afectado.

El _____, usted solicitó Asistencia de Emergencia Asignación Adicional para:
(Fecha)

SAMPLE

Su solicitud de _____, ha sido aceptada. Usted recibirá:

Un pago por la cantidad de \$ _____. Período de cobertura, si corresponde: _____.

Método de pago:

Pago/comprobante de agente o intermediario Cheque que debe ser recogido por usted en su Centro de Trabajo Cheque enviado por correo a su hogar

Un suplemento a su concesión pública usual, que se puede obtener a través del sistema de EBT Acuerdo de depósito de garantía Cheque directo al contratista

Otra medida: _____

Usted recibirá un segundo aviso informándole de cómo serán afectados sus beneficios actuales.

NOTA: A partir del 29 de agosto, toda referencia al Programa de Cupones para Alimentos en este aviso se denominará el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda referencia a Cupones para Alimentos se denominará beneficios de SNAP.

El _____, usted fue enviado a la Unidad de Reclamos de Sepultura (Burial Claims Unit) en 25 Chapel Street, Sala 606, Brooklyn, NY 11201, (718) 473-8310, para solicitar una asignación de sepultura.

Su petición de _____ ha sido rechazada debido a que:

La(s) ley(es) y/o reglamento(s) que nos permite(n) hacer esto es/son 18 NYCRR (favor de ver la sección a continuación):

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agregar una Persona al Hogar § 352.30 | <input type="checkbox"/> Asignación Adicional para Combustible § 352.5 | <input type="checkbox"/> Pagos Atrasados de Hipoteca y/o Impuestos § 352.7(g) | <input type="checkbox"/> Alquiler Atrasado § 352.7(g) |
| <input type="checkbox"/> Pago/Comprobante de Agente o Intermediario de Bienes Raíces §352.6(a) | <input type="checkbox"/> Pérdida Catastrófica (reemplazo de ropa y muebles perdidos por un fuego, inundación u otro desastre) § 352.7(d) | <input type="checkbox"/> Muebles y Otros Artículos Domésticos § 352.7(a) | <input type="checkbox"/> Gastos de Mudanza § 352.6(a) |
| <input type="checkbox"/> Pagos para Mantener o Restaurar Servicios de Electricidad y Gas § 352.5 | <input type="checkbox"/> Asignación para Embarazo §352.7(k) | <input type="checkbox"/> Reparaciones a la Propiedad § 352.4(d), § 352.6(e) | <input type="checkbox"/> Depósito de Garantía de Alquiler/Carta de Garantía § 352.6(a) |
| <input type="checkbox"/> Reparaciones de Artículos Domésticos Indispensables §352.7(b) | <input type="checkbox"/> Asignación para Restaurante § 352.7(c) | <input type="checkbox"/> Asignación Quincenal de Combustible para Calefacción § 352.5(b) | <input type="checkbox"/> Almacenamiento de Muebles y Pertenencias Personales § 352.6(f) |
| <input type="checkbox"/> Actividad de Trabajo Relacionada con Servicios de Apoyo § 385.4 | | | |

SAMPLE

Otros (datos específicos): _____

Firma del JOS/Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

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

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 arreglar 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 **página uno (1)** de este aviso, o escríbanos a la dirección que también aparece en la **página uno (1)** de este aviso. A veces este 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.

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) POR FAX: Envíe 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 Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) en:
14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201.

(5) POR INTERNET: Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:
<http://www.otda.ny.gov/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 está incapacitado(a), y no puede transportarse, puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose 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 buscando 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 como 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. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **primera página** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de Asistencia en Efectivo, asistencia médica o servicios sociales y noventa (90) días para asuntos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Si no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite. **Nota:** Si su circunstancia es sumamente urgente, favor de explicarlo en detalle; el Estado hará todo esfuerzo de procesar su solicitud para una Audiencia Imparcial lo más pronto posible. Si usted llama para solicitar una Audiencia Imparcial, por favor esté preparado para explicar su situación a la persona que conteste el teléfono.

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

SAMPLE

Nombre en
Letras de
Molde: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center Number: _____
Center Address: _____
Due Date: _____

Documentation Request Form
(Return Document for Special Grant)

Please bring or mail this form, including the documents listed below, to the above address.

- Must see Worker upon return Must see the Homelessness Diversion Unit (HDU) upon return
 Please return to sign your repayment agreement on the due date noted above.

<input checked="" type="checkbox"/> Request Type:	Documentation:	Name:
<input type="checkbox"/> Broker's fees/voucher	Statement from Licensed Broker	
<input type="checkbox"/> Chattel mortgage	Updated court documents/ Installments/debts	
<input type="checkbox"/> Disaster shelter/transportation/ replacement of clothing/ household furnishings	Statement/Referral from Red Cross.	
<input type="checkbox"/> Fuel/utility arrears	Oil/gas/electric/water bill; utility shut-off notice/restore notice	
<input type="checkbox"/> Furniture allowance/ essential household items	Leasing/purchasing/sales agreements	
<input type="checkbox"/> Home-delivered meals/restaurant allowance	Doctor/social worker's letter verifying disability; utility company temporary shut-off notice; other proof of inability to prepare meals at home	
<input type="checkbox"/> Home repair/maintenance	Three estimates from contractors	
<input type="checkbox"/> Purchase of interest in low-cost housing development	Proof of income such as Form W-2 , current pay stubs, income tax return for year _____; statement from financial institution/lender	
<input type="checkbox"/> Mortgage payments/arrears	Statement from financial institution/lender; liens, lawsuits, other pending claims	
<input type="checkbox"/> Moving expenses/allowance	Three estimates from Licensed Movers	
<input type="checkbox"/> Pregnancy allowances	Doctor/clinic/medical statement with EDC date	
<input type="checkbox"/> Property tax payments/arrears	Tax bill (showing ownership of home)	
<input type="checkbox"/> Replacement of lost /stolen SSI check/cash (proceeds of SSI check only)	SSI, SSA, pension award letter	

<input checked="" type="checkbox"/> Request Type:	Documentation:	Name:
<input type="checkbox"/> Rent supplement/arrears	Current lease; rental history breakdown from landlord; landlord notice/court documents; proof of contributions toward rent arrears from family, friends, organizations such as Form W-146E completed and signed by third party; proof of income such as pay stubs/statement from employer; other verification of how future excess rent will be paid	
<input type="checkbox"/> Security deposit/rent in advance	Statement from landlord regarding new apartment/security deposit	
<input type="checkbox"/> Storage of furniture/personal belongings	Statement from storage facility	
<input type="checkbox"/> Other (indicate below): _____ _____ _____		

If for any reason you are unable to meet the agreed-upon due date, you must call your Worker prior to that due date. Failure to submit the above-specified documentation may result in the denial of your request for an additional allowances.

SAMPLE

 Applicant/Participant's Signature Applicant/Participant's Telephone Number Date

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Número del Centro : _____

Dirección del Centro: _____

Fecha de Entrega: _____

Formulario para Solicitar Documentación (Devuelva este Documento para Concesión Especial)

Favor de traer o enviar por correo a la dirección de arriba este formulario, incluyendo los documentos marcados abajo.

- Debe reunirse con Trabajador al regresar
- Debe reunirse con la Unidad de Reasignación de Desamparados (HDU) al regresar
- Favor de volver para firmar su acuerdo de reembolso en la fecha de entrega indicada arriba.

<input type="checkbox"/> Tipo de Petición:	Documentación:	Nombre:
<input type="checkbox"/> Cuota/comprobante de Agente	Declaración por parte de Agente con Licencia	
<input type="checkbox"/> Hipoteca prendaria	Documentos actualizados de la corte/Deudas a plazos	
<input type="checkbox"/> Refugio/transporte para desastres reemplazo de ropa/mobiliario	Declaración de la Cruz Roja/Derivación	
<input type="checkbox"/> Atrasos de combustible/electricidad y/o gas	Factura de aceite/electricidad/agua; aviso de desconexión de servicios de electricidad y/o gas; aviso de restablecimiento de servicios	
<input type="checkbox"/> Concesión para mobiliario y otros artículos domésticos	Acuerdo de compraventa	
<input type="checkbox"/> Comidas a domicilio/concesión para restaurantes	Carta del doctor y/o trabajador social comprobando tipo de incapacidad	
<input type="checkbox"/> Reparaciones/mantenimiento a la vivienda	Tres presupuestos de contratistas	
<input type="checkbox"/> Compra de Intereses en urbanización a bajo costo	Prueba de Ingreso como Formulario W-2 (S) actual, declaración de impuestos para el año _____; declaración por parte de institución financiera/prestamista	
<input type="checkbox"/> Atrasos/pagos de hipoteca	Declaración por parte de institución financiera/prestamista; retenciones, demandas, otras reclamaciones pendientes	
<input type="checkbox"/> Concesión/gastos de mudanza	Tres presupuestos por parte de Compañías de Mudanza con Licencia	
<input type="checkbox"/> Concesión por embarazo	Prueba médica de embarazo/carta del médico con fecha de EDC	
<input type="checkbox"/> Pagos/atrasos de impuesto sobre la propiedad	Factura de impuestos (indique posesión de la propiedad)	
<input type="checkbox"/> Reemplazo/reembolso de dinero/propiedad perdido(a)/robado(a) (sólo dinero del cheque de SSI)	Carta de asignación de jubilación SSI, SSA	

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Caseload: _____
Worker Name: _____
Worker Telephone Number: _____
FH&C Telephone Number: _____

Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need or Special Allowance (For Applicants Only)

The Agency's decision(s) regarding your application(s) is/are explained below next to the marked box(es) .

Immediate Needs

This notice applies only to your request for assistance to meet an immediate need. If you have also applied for ongoing cash assistance, this notice does not affect your application for ongoing Cash Assistance. You will also receive a notice advising you of this Agency's decision on your application for ongoing Cash Assistance when your eligibility has been determined.

If your application for ongoing Cash Assistance is denied for failure to comply with eligibility requirements, a second request for an immediate needs/emergency grant for "no food" or items relating to personal care, filed within three months of the original application denial, may also be denied unless you can document good cause for your original failure to comply.

On _____, you requested assistance to meet an immediate need of:

We are giving you this notice to tell you that your request for an immediate needs grant was evaluated and the following decision was made:

- An emergency preinvestigation grant in the amount of \$ _____ will be available to you on _____.
(Date)
- An emergency grant (one-shot deal) has been provided in the amount of \$ _____ for _____.
- A personal care kit has been provided on _____.
(Date)
- A Goodwill Voucher has been provided in the amount of \$ _____ for _____ on _____.
(Date)
- If this box is checked, you are responsible for repaying \$ _____ as shown:
 - This amount must be repaid to us in accordance with the agreement to repay that you signed on _____.
(Date)
 - You must repay the amount shown above because it is more than the Human Resources Administration (HRA) shelter maximum of \$ _____ for your family size of _____ for each month of arrears that HRA agreed to pay.

Immediate Needs (Continued)

- Assistance to meet a food-related immediate need is denied because you:
- failed to establish/document identity
 - have excess resources
 - are an undocumented alien
 - received an immediate needs grant in the past 90 days and failed to subsequently comply with eligibility requirements
 - were issued same day SNAP
 - other reason for denial (please specify):

- Assistance to meet a nonfood-related immediate need is denied because you:
- failed to establish/document identity
 - have excess resources
 - are an undocumented alien
 - received an immediate needs grant in the past 90 days and failed to subsequently comply with eligibility requirements
 - applied for Cash Assistance on _____ (Date) (within the last three months) and were issued one of the following:
 - immediate need(s) grant(s)
 - personal care kit(s)
 - Goodwill Voucher(s)
 - other grants (please specify):

and subsequently, failed to comply with the eligibility requirements without good cause. The regulations that allow us to do this are 18 NYCRR § 351.1, § 351.8, and § 352.7.

- Other action taken on your application:

Medical Assistance

- If you need help with your medical bills, you must apply separately for Medical Assistance. If you want more information about eligibility for Medical Assistance, call the Worker's telephone number listed on **page 1**.
- Your Medical Assistance stays the same.
- Your application for Medical Assistance is being reviewed. We will send you our decision within 30 days.

**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.**

Conference and Fair Hearing Section

If you think our decision was wrong, you can ask for a review of our decision. We will correct our mistakes. You can do both 1 and 2:

1. Ask for a meeting (conference) with one of our supervisors;
2. Ask for a State Fair Hearing with a State hearing officer.

1) 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 telephone 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.

2) STATE FAIR HEARING

You have the following number of days from the date of this notice to ask for a Fair Hearing:

Benefit Area	Time Limit
Cash Assistance, Medical Assistance, Social Services	60 days
SNAP Benefits	90 days

If this notice is telling you that you must repay cash assistance because you signed a repayment agreement, or because the shelter arrears that HRA agreed to pay is more than the HRA shelter maximum, and if you do not agree that you must repay or you do not agree with the amount HRA says you must repay, you must call for a Fair Hearing. If you do not call for a Fair Hearing, you cannot claim in the future that the Agency's decision that you owe the debt was wrong. The time limit for calling for a Fair Hearing on the issue of the repayment is the same as the limit for any cash assistance action this notice is telling you about, 60 days.

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>

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by telephone, by fax or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

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. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. 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 this person a letter to show the Hearing Officer that you want this person to represent you at the hearing.

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.

At the hearing, you and your lawyer or other representative will have a chance to explain why we are wrong and a chance to give the Hearing Officer written papers that explain why we are wrong.

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, or doctor's statements.

At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

IF YOUR SITUATION IS EXTREMELY SERIOUS, THE STATE WILL ATTEMPT TO PROCESS YOUR REQUEST FOR A FAIR HEARING AS QUICKLY AS POSSIBLE. IF YOU CALL TO REQUEST A FAIR HEARING, PLEASE BE PREPARED TO EXPLAIN YOUR SITUATION TO THE PERSON WHO ANSWERS THE TELEPHONE. IF YOU WRITE, FAX OR CONTACT US ONLINE INSTEAD, PLEASE BE SURE TO EXPLAIN YOUR SITUATION.

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

FAIR HEARING REQUEST

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

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

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Telephone: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Nombre del Trabajador: _____
Número de Tel. del Trabajador: _____
Número de Tel. de FH&C: _____

Aviso de Decisión sobre la Asistencia para Cubrir una Necesidad Inmediata o Asignación Especial (Sólo para Solicitantes)

La(s) decisión(es) de la Agencia respecto a su(s) solicitud(es) se explica(n) más abajo junto a la(s) casilla(s) marcada(s) .

Necesidades Inmediatas

Este aviso corresponde solamente a su solicitud de asistencia para cubrir una necesidad inmediata. Si usted también ha solicitado Asistencia en Efectivo continua, este aviso no afecta su solicitud de dicha asistencia. Usted también recibirá un aviso notificándole de la decisión de esta Agencia sobre su solicitud de Asistencia en Efectivo continua cuando se haya determinado su elegibilidad.

Si su solicitud de Asistencia en Efectivo continua es rechazada debido a incumplimiento de requisitos de elegibilidad, puede que también se rechace una segunda solicitud de concesión de emergencia/necesidad inmediata para artículos "no alimentarios" relacionados con el cuidado personal, si la misma es presentada menos de tres meses después de haber sido rechazada la primera solicitud, a menos que usted muestre pruebas válidas que justifiquen su incumplimiento respecto a los requisitos de la primera solicitud.

El _____, usted solicitó asistencia para cubrir una necesidad inmediata de:

Por medio del presente aviso le informamos que hemos evaluado su solicitud respecto a una concesión para cubrir necesidades inmediatas y la decisión es la siguiente:

- Una concesión de emergencia preinvestigación por la cantidad de \$ _____ estará a su disposición el _____
(Fecha)
- Se le ha otorgado una concesión única de emergencia por la cantidad de \$ _____ para _____
- Se le ha facilitado un botiquín de cuidado personal (personal care kit) el _____
(Fecha)
- Se le ha otorgado un Comprobante de Buena Voluntad de \$ _____ para _____ el _____
(Fecha)
- Si se marca esta casilla, usted es responsable por el reembolso de \$ _____ como indicado:
 - Esta cantidad se nos tiene que pagar conforme al acuerdo de reembolso que usted firmó el _____
(Fecha)
 - Usted tiene que reembolsar la cantidad indicada más arriba porque es superior al máximo de albergue de la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) de \$ _____ para el tamaño de su familia con _____ personas para cada mes de atraso que HRA acordó pagar.

Necesidades Inmediatas (Continuación)

- Asistencia para cubrir una necesidad inmediata relacionada con la alimentación se le ha rechazado porque:
- no estableció/documento la identidad
 - tiene recursos en exceso
 - es un extranjero indocumentado
 - recibió una concesión para necesidades inmediatas en los últimos 90 días y no cumplió posteriormente los requisitos de elegibilidad
 - a usted se le expedieron beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) el mismo día
 - Otro razón por el rechazo (por favor especifique):

- Asistencia para cubrir una necesidad inmediata no relacionada con la alimentación se le ha rechazado porque:
- no estableció/documento la identidad
 - tiene recursos en exceso
 - es un extranjero indocumentado
 - recibió una concesión para necesidades inmediatas en los últimos 90 días y no cumplió posteriormente los requisitos de elegibilidad
 - solicitó Asistencia en Efectivo el _____ (dentro de los últimos tres meses), usted recibió:

- (Fecha)
- concesión(es) para necesidades inmediatas
 - botiquín(es) de cuidado personal
 - Comprobante(s) de Buena Voluntad
 - Otras concesiones (por favor especifique).

y posteriormente, no cumplió con los requisitos de elegibilidad sin motivo justificado. Los reglamentos que nos permiten hacer esto son 18 NYCRR § 351.1, § 351.8, y § 352.7.

- Otras acciones tomadas hacia su solicitud:

Asistencia Médica

- Si usted necesita ayuda para pagar sus facturas médicas, tiene que solicitar Asistencia Médica por separado. Si desea más información sobre elegibilidad para Asistencia Médica, llame al número de teléfono de su Trabajador en la **página 1**.
- Su Asistencia Médica permanecerá sin cambios.
- Se está evaluando su solicitud de Asistencia Médica. Le enviaremos nuestra decisión dentro de 30 días.

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

Sección sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

Si usted cree que nuestra decisión fue equivocada, puede solicitar una revisión de nuestra decisión. Corregiremos nuestros errores. Usted puede tomar ambas medidas 1 y 2:

1. Solicitar una reunión (conferencia) con unos de nuestros supervisores;
2. Solicitar una audiencia imparcial Estatal con un Oficial de Audiencia Imparcial.

1) CONFERENCIA

Si usted cree que nuestra decisión es errónea, o si no entiende nuestra decisión, favor de llamarnos para programar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales (Fair Hearing and Conference – FH&C) en la **página 1** de este aviso o escriba a la dirección en la **página 1** de este aviso. A veces esta resulta ser la manera más rápida de resolver un problema que usted pueda tener. Le recomendamos a que así haga, aun si ha solicitado una Audiencia Imparcial. El solicitar una conferencia no le impide solicitar además una Audiencia Imparcial.

2) AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Usted tiene el siguiente número de días desde la fecha de este aviso para solicitar una Audiencia Imparcial:

Tipo de Beneficios	Plazo Límite
Asistencia en Efectivo, Asistencia Médica, Servicios Sociales	60 días
Beneficios de SNAP	90 días

Si este aviso le indica que usted debe reembolsar Asistencia en Efectivo porque firmó un acuerdo de reembolso, o porque los pagos atrasados de albergue que la HRA acordó reembolsar suman más que el máximo para albergue de la HRA, y si usted no está de acuerdo en efectuar este reembolso o si no está de acuerdo con la cantidad que la HRA estipula que usted debe reembolsar, debe llamar para solicitar una Audiencia Imparcial. Si usted no llama para una Audiencia Imparcial, no podrá reclamar posteriormente que la decisión de la agencia que usted tiene una deuda fue errónea. El plazo límite para llamar para una audiencia imparcial sobre el reembolso es el mismo que el plazo límite para cualquier medida de Asistencia en Efectivo sobre la cual este aviso le informa, 60 días.

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted cree que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son erróneo, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, 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) POR FAX: Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al:
(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 Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

(5) POR INTERNET: Complete una solicitud electrónica conectándose a:
<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

Si usted no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por fax o por Internet, favor de escribir para solicitar una Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

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. Usted puede traer a la audiencia a un abogado, un pariente, un amigo, o alguien para que le ayude con este propósito. Si usted no puede presentarse en persona, puede enviar a alguien que le represente. Si va a enviar a alguien que no es abogado a la audiencia que le represente, debe darle a esa persona una carta para el oficial de audiencias que indique que usted desea que esta persona le represente en la audiencia.

Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse, puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

Durante la audiencia, usted y su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de explicar por qué estamos equivocados y la oportunidad de entregarle al Oficial de Audiencias documentos que aclaren por qué estamos equivocados.

Para ayudarle a explicar en la audiencia por qué usted cree que estamos equivocados, usted debe traer a cualquier testigo que le puedan ayudar. Además, debe traer cualquier documento que tenga, como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas, declaraciones médicas.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya.

SI SU SITUACIÓN ES EXTREMADAMENTE GRAVE, EL ESTADO INTENTARÁ TRAMITAR SU PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL LO MÁS RÁPIDO POSIBLE. SI USTED LLAMA PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA, FAVOR DE ESTAR LISTO PARA EXPLICAR SU SITUACIÓN A LA PERSONA QUE CONTESTE EL TELÉFONO. SI ESCRIBE, FAXEA O SE COMUNICA CON NOSOTROS POR INTERNET, NO FALTE EN EXPLICAR SU SITUACIÓN.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose 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 buscando 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. Éstos se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **página 1** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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

Nombre en Letras de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Schedule of Allowances for the Initial or Replacement Cost of Essential Household Furniture, Furnishings, Equipment, and Supplies

Household Items	Amount	Special Instructions
Living Room	\$182	
Bedroom <ul style="list-style-type: none"> • With a single bed • With two single beds • With a double bed 	\$145 \$205 \$184	
Kitchen (excluding appliances) <ul style="list-style-type: none"> • Range • Refrigerator 	\$142 \$182 \$182	\$12 for each additional person \$258 for four or more persons
Bathroom	\$6	\$4 for each additional person
Other Equipment <ul style="list-style-type: none"> • Cabinet for linens • Stove for heating 	\$22 \$72	\$82 for five or more persons

An establishment of a Home Grant (Single Issuance Code **60**) can only be approved as a result of an individual/family being re-housed (moving from one living situation to another).

**Disaster Clothing Replacement Schedule (Single Issuance Code 46)
Replacement Cost of Clothing**

Birth through 5 years	\$48
6 through 11 years of age	\$73
12 years of age through adult	\$89

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.