



OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #16-25-ELI

ADDITIONAL SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM BENEFIT

<p>Date: February 29, 2016</p>	<p>Subtopic(s): Special grant</p>
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>See PB #15-12-ELI for information on SUA level eligibility.</p> <p> Please use Print on Demand to obtain copies of forms.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center and Non Cash Assistance Supplemental Nutrition Assistance Program (NCA SNAP) Center staff about a SNAP benefit restoration for households that were underpaid benefits due to policy and systems changes related to the Standard Utility Allowance (SUA).</p> <p>During the period between July 2014 and June 2015, certain SNAP households had their benefits calculated based on a budget that did not include the heating/cooling SUA even though they were entitled to receive it. The households were entitled to receive the heating/cooling SUA because they received a qualifying Home Energy Assistance Program (HEAP) benefit.</p> <p>Households that were underpaid SNAP benefits between July 2014 and June 2015, will be issued an additional SNAP benefit to correct the underpayment and will be mailed the Notice of Additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits (FIA-1150) by MIS. The FIA-1150 explains how the amount of the additional benefit was calculated and how it may be accessed.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p>Related Item:</p> <p>PB #15-12-ELI SUA Eligibility Changes and Revisions to the Shelter Type Codes/SUA Levels Desk Guide</p> <p>Attachments:</p> <p>FIA-1150 (E) Notice of Additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits</p> <p>FIA-1150 (S) Notice of Additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits (Spanish)</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



Date: _____
 Case Number: _____
 Case Name: _____
 Center: _____
 Conference Phone Number: _____

Notice of Additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits

This is to notify you that you are eligible to receive an additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefit to correct an underpayment of benefits. You do not have to do anything in order to receive this additional SNAP benefit.

Between July 2014 and June 2015 your SNAP benefit calculations did not include the heating/cooling Standard Utility Allowance (SUA) even though your household was eligible for this SUA. This problem was corrected in June 2015. Since July 1, 2015, your SNAP benefit calculations have included the heating/cooling SUA.

You will receive a one-time payment of additional SNAP benefits. The amount of the additional SNAP benefit is based on the difference between the amount of SNAP benefits you received in June 2015, the last month before your benefit was corrected, and the corrected amount that you received in July 2015. The amount of this difference will be multiplied by the number of months (a maximum 13 months) from July 2014 through June 2015 that your SNAP benefit calculation did not include the heating/cooling SUA (See "Number of Eligible Months" below).

This is how we calculated your additional SNAP benefit amount:

- A. Your SNAP Benefit in June 2015: \$ _____
- B. Your SNAP Benefit in July 2015: \$ _____
- C. Your monthly additional SNAP Benefit (B minus A): \$ _____
- D. Number of Eligible Months: \$ _____
- E. **Your total additional SNAP Benefit (multiply C times D):** \$ _____

This additional SNAP benefit has been made available to you in your SNAP Electronic Benefit Transfer (EBT) account. To access the benefits in your EBT account, you need a Common Benefit Identification Card ("EBT Card") and a Personal Identification Number (PIN).

If you currently receive SNAP or Public (Cash) Assistance benefits, you can access this additional benefit in your SNAP EBT account using your current EBT card and PIN.

If you currently receive only Medicaid, we will put the additional benefits in a SNAP EBT account for you, and send you a PIN mailer. You can use the PIN that we send you and the Common Benefit Identification Card that you already have for Medicaid to access the additional benefits.

If you are not currently receiving SNAP, or Cash Assistance, or Medicaid, then you will receive two additional, separate mailings, one with a new EBT Card and one with a new PIN. The EBT Card mailer and the PIN mailer should arrive on different days. Once you have the new EBT Card and PIN, you will be able to access your additional benefits.

You must access this additional benefit within 365 days from the date of authorization.

If you believe that the amount of your additional SNAP benefit is incorrect, because either the amount of your SNAP benefit in June 2015 or in July 2015 (see amounts above) is incorrect or because the number of months that you were underpaid is incorrect, you may request a conference and/or a State Fair Hearing. Please note that the way this additional benefit was calculated has been approved by the United States Department of Agriculture and is **NOT** subject to review at a State Fair Hearing.

**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.**

SAMPLE

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 Conference phone number 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.

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 (and keep a copy for yourself) 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**

(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 by you, designating them as your representative.

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

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within ninety (90) days from the date of the notice 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 telephone.

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

SAMPLE

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

Address: _____ Telephone: _____

 City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____



Fecha: _____
 Número del Caso: _____
 Nombre del Caso: _____
 Centro: _____
 Número de Teléfono de la Conferencia: _____

Aviso de Beneficios Adicionales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Por el presente le notificamos que usted es elegible para recibir beneficios adicionales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), para rectificar un pago insuficiente de beneficios. Usted no tiene que tomar paso alguno para recibir este beneficio adicional de SNAP.

Durante el período entre julio del 2014 y junio del 2015, su cálculo de beneficios de SNAP no ha incluido la Asignación Normal de Servicios Públicos (SUA) de calefacción/aire acondicionado, aunque su hogar reunía los requisitos de dicha SUA. Este problema se ha corregido en junio del 2015. Desde el 1ero de julio del 2015, se ha incluido en su cálculo de beneficios de SNAP la SUA de calefacción/aire acondicionado.

Usted recibirá un pago único de beneficios adicionales de SNAP. La cantidad de beneficios adicionales de SNAP se basa en la diferencia entre la cantidad de beneficios de SNAP que usted recibió en junio del 2015, es decir el último mes antes de que se corrigiera la cantidad de beneficios, y la cantidad corregida que recibió en julio del 2015. La cantidad de esta diferencia se multiplicará por el número de meses (un máximo de 13 meses) desde julio del 2014 hasta junio del 2015, en que su cálculo de beneficios de SNAP no incluía la SUA de calefacción/aire acondicionado. (Vea a continuación "Número de meses de elegibilidad").

La cantidad de sus beneficios adicionales de SNAP se calculó tal como indicado a continuación:

- A. Su pago de beneficios de SNAP de junio del 2015: \$ _____
- B. Su pago de beneficios de SNAP de julio del 2015: \$ _____
- C. Su cantidad adicional de beneficios de SNAP (B menos A): \$ _____
- D. Número de meses de elegibilidad: \$ _____
- E. La cantidad total adicional de beneficios de SNAP (multiplique C por D) \$ _____**

Los beneficios adicionales de SNAP están disponibles en su cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) de SNAP. Para acceder a los beneficios en su cuenta EBT, usted necesita una Tarjeta de Identificación de Beneficios Comunes ("Tarjeta de EBT") y un Número de Identificación Personal (PIN).

Si usted actualmente recibe Asistencia Pública (en Efectivo) o beneficios de SNAP, puede acceder a los beneficios adicionales en su cuenta de EBT SNAP mediante la tarjeta EBT actual y el PIN.

Si usted actualmente sólo recibe Medicaid, depositaremos para usted los beneficios adicionales en una cuenta de SNAP EBT, y le enviaremos por correo una carta con el PIN. Para acceder a los beneficios adicionales usted podrá servirse de este PIN y de la Tarjeta de Identificación de Beneficios Comunes que ya posee para Medicaid.

Si usted actualmente no recibe SNAP, ni Asistencia en Efectivo, ni Medicaid, recibirá por correo dos cartas por separado, una con una nueva Tarjeta de EBT y la otra con un nuevo PIN. Usted recibirá estas cartas en distintas fechas. Una vez usted reciba la nueva Tarjeta de EBT y el PIN, podrá acceder a sus beneficios adicionales.

Usted debe acceder a este beneficio adicional dentro de 365 días a partir de la fecha esta autorización.

Si usted no está de acuerdo con la cantidad de sus beneficios adicionales de SNAP, ya sea porque es errónea la cantidad de sus beneficios de SNAP de junio del 2015 o julio del 2015 (vea las cantidades antemencionadas), o porque es erróneo el número de meses de pagos insuficientes, puede solicitar una Conferencia y/o Audiencia Imparcial Estatal. Favor de notar que el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) ha aprobado el modo en que se calculó este beneficio adicional. Además, dicho cálculo **NO** está sujeto a una revisión de una Audiencia Imparcial Estatal.

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

SAMPLE

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 programar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de Conferencias en la **página 1** 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 solicitado 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 al llamar.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia (y guarde una copia para sí) de todo este 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**
- (3) **FAX:** Faxee una copia de todo este aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo este 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.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 esa 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, la cual lo/la designe como su representante.

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 ubicar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercana 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 fax, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos de 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 fax, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por fax 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 solicitarlas con anticipación. Éstas se le proveerán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Se le enviarán por correo los documentos sólo si lo solicita específicamente.

INFORMACIÓN: Si usted desea más información sobre su caso, cómo solicitar 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

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

Si usted no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Discapacitados por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de solicitar por escrito una Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

Note: Si su situación es extremadamente urgente, por favor explíquela. El Estado intentará tramitar su solicitud de Audiencia Imparcial lo más rápidamente posible. Si usted llama para solicitar una Audiencia Imparcial, por favor esté listo(a) para explicar su situación a la persona que conteste la llamada.

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: _____