

# **FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION**

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner



James K. Whelan, Deputy Commissioner Policy, Procedures and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner Office of Procedures

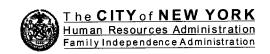
## **POLICY BULLETIN #06-39-OPE**

### **OBSOLETION OF FORM W-146G**

Date:		Subtopic(s):		
March 17, 2006		Forms		
Walon 17, 2000		Tomic		
☐ This procedure can now be accessed on the FIAweb.	the Notice of (W-146G) ha	of this policy bulletin is to inform Job Center staff that Intent to Issue an Advance Allowance for Rent (Timely) s been made obsolete. The <b>W-146G</b> was replaced by Intent to Issue an Advance Allowance for Rent (Timely)		
Refer to PB #04-173 for additional information on the <b>W-146C</b> .	The <b>W-146G</b> has been made obsolete because the information on the <b>W-146G</b> has been incorporated into the <b>W-146C</b> .			
	Center Directors must ensure that all copies of the <b>W-146G</b> are removed from circulation and recycled.			
	Effective Imn	nediately		
□ Please use Print on Demand to obtain copies	Attachments:			
of forms.	W-146G	Notice of Intent to Issue an Advance Allowance for Rent (Obsolete)		
	W-146G (S)	Notice of Intent to Issue an Advance Allowance for Rent (Spanish) (Obsolete)		

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE? Call 718-557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or send an e-mail to *FIA Call Center* 

Form W	-146G	(page	1)	MLF
Rev 8/1	6/02			



Date:	
Case Number:	
Case Name:	

## Notice of Intent to Issue an Advance Allowance for Rent (Timely)

Fold Here

Fold Here

This notice is being sent to you to notify you that, in order to prevent your eviction for nonpayment of rent, your landlord and the Department of Housing Preservation and Development (HPD), has agreed to accept a restricted advance allowance. Unless we hear from you before

Assessed De Jacobs		$\Pi \cap \Pi$	Period Covered
	Amount to Be Issued	From:	To:
\$			
\$			
\$			
\$			(4/0)
		JHI\ J	Period Covered
	Amount to Be Issued - publication	From	То:
\$			
\$			
\$			
\$			

If we issue this advance for rent (indicated in Section B) we intend to recoup the money advanced by reducing you public assistance grant by 10% until we have recouped all the money advanced. See State Regulations 18 NYCRR § 352.7(g)(3) and § 352.11. You have a right to ask your Worker for a determination of undue hardship which can reduce the amount recouped from each grant. However, the least amount that can be recouped from each grant is 5%. See State Regulations 18 NYCRR § 352.7(g)(3)(v), § 352.11 and § 352.31(d)(2).

If you do not want this advance allowance .	issued, call the Worker below before_	(date)	
			D-1-
JOS/Worker	Date	Supervisor	Date

YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.

BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION SECTION OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

Family Independence Administration

# Conference and Fair Hearing Information

#### **CONFERENCE**

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on page 1 of this notice or write to us at the address on page 1 of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

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.

- Call (800) 342-3334. (Please have this notice in hand when you call.) (1) TELEPHONE:
- Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, (2) WRITE:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Please keep a copy for yourself.)

Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: (518) 473-6735.

(3) FAX:

Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative (4) IN PERSON:

Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either: 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.

Complete an online request form at: http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp (5) ONLINE:

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.

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 prepare for your Fair Hearing. 14 Beerum Place, Brooklyn, New York 11201. If you want dopies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working bays of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on page 1 of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Continuing Your Benefit(s): Your benefits will continue unchanged, until a Fair Hearing decision is issued, if you ask for a Fair Hearing before the effective date stated in this notice  Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same
If you lose the Fair Hearing, you will have to bay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting to the decision. If you do not want your benefits to stay the same ontil the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below.
I do not want to keep my benefits the same until the Fair Hearing decision is issued.
Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for public assistance 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 as for a Fair Hearing before the deadline.
I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:
Coco Number:

Print Nam	ne:				Case Number:
Address:			· <del></del>	<del></del>	Telephone Number:
	Street	Apt. # City	State	Zip Code	Date:
Signature	;				Date.

1		'		Número del Caso:	
				Número del Caso:	
	<u></u>			Nombre del Caso:	
	<u></u>			Nombre del Caso.	
				Centro:	
		<del></del>			
	1				
_ •	so de Intención de Emitir o se le envía para notificarle que p				
Preservad Isignació	ción y Desarrollo de Vivienda (Dep n restringida. A menos que usted :	partment of Housing Pre se comunique con noso	eservation and Develon otros antes del	pment), ha acordad , nosol	o aceptar un adeiant tros emitiremos un(os
delanto( Iquiler a	s) de la(s) asignacion(es) indicada	(s) a continuación al De	partmento de Preserva	acion y Desarrollo p	or la cantidad de su
	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	1	FINIT	Período de Cobe	ertura
<b>`</b>	Cantidad que Se	era Emitida	De:	A:	ntara
-				1 1 7 1 1 2	
	\$ \ \ \ \ \		111111111	1	
		MAIN			
	\$				
	\$ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \				
	\$ \$ \$				
	\$ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \				
3 🗌	\$ \$ \$	kida – Duplicación	De:	Período de Cobe	ertura
3 🗌	\$ \$ \$ \$	Mda – Duplicación		Período de Cobe	ertura
3	\$ \$ \$ Cantidad que Será Emid	kida – Duplicación		Período de Cobe	ertura
3	\$ \$ \$ Cantidad que Será Emid \$	kida – Duplicación		Período de Cobe	ertura
3	\$ \$ \$ Cantidad que Será Emit \$ \$	Mda – Duplicación		Período de Cobe	ertura
3 🗌	\$ \$ \$ Cantidad que Será Emid \$	Mda – Duplicación		Período de Cobe	ertura

Form W-146G (S) (page 2) LLF Rev. 5/20/04

#### 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 (FH&C) que aparece en la primera página de este aviso, o escríbanos a la dirección que también aparece en la primera página de este aviso. A veces 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

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.)
- Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" <u>Ilenada</u>, a: Office of Administrative Hearings, (2) POR ESCRITO:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201.

(Favor de guardar una copia para usted.)

- Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" Ilenada, al número: (518) 473-6735. (3) POR FAX:
- Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" <u>llenada</u>, a la Oficina de Audiencias (4) EN PERSONA:

Administrativas, Oficina de Asistencia Temporaria y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings,

New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:

14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.

Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp (5) POR INTERNET:

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 propordionarle 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 interrogan a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, podría ebtener al asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society)de su localidad u otro grupo legal de abogacia. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de obdgaçía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS Rara ayubarle a prepararsa para la audiencia, listed tiene el derecto de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsaria, le proporajonarendos capias 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 lusted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su arctivo framenos 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 pesea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlas con anticipación. Generalmente, éstas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pida. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregal eLdrá de la audiencia.

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 escríbanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la primera página de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Firma: \_

Mantenimiento de Sus Beneficios: Sus beneficios continuarán sin cambios, hasta que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de entrada en vigor indicada en el presente aviso.

Favor de recordar que si sólo solicita una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, dentro del plazo indicado en la sección: "Mantenimiento de Sus Beneficios", sus beneficios no permanecerán sin cambios.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba la decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia

Imparcial o, si envía este aviso de reg  No deseo que mis beneficios c	ontinúan ein camhine hasta que l	la decisión de la Audiencia Imi	<b>parcial sea emitida.</b> nparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de
este aviso para asuntos de asistencia Si no logra comunicarse con la New Incapacitados) por teléfono, por fax, el	pública. York State Office of Temporary and	d Disability Assistance (Oficina on a national de A	del Estado de Nueva York de Asistencia Temporaria y para Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.
Desco una Audionia imparon			
Nombre en Letra de Molde:			Número de Caso:
Dirección: Calle	Núm. Ciudad del Apto.	Estado Código Postal	Número de Teléfono:

Fecha: