



# 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 #06-105-OPE

#### OBSOLETE EMPLOYMENT FORMS

<p><b>Date:</b> August 8, 2006</p>	<p><b>Subtopic(s):</b> Forms</p>												
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center staff that, effective immediately, the following employment-related forms are obsolete:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">OBSOLETE FORMS</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">REASON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Notice to Report to Center (<b>M-3gg</b>)</td> <td style="padding: 5px;">Replaced with Documentation Requirements (<b>W-113K</b>)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Referral to the Substance Abuse Service Center for Persons in a Special Population Vendor (SPV) Assignment (<b>M-74b</b>)</td> <td style="padding: 5px;">Replaced with Referral for Assessment at the Substance Abuse Center (SASC) (<b>W-456AA</b>)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Mandatory Appointment Notice (<b>M-74e</b>)</td> <td style="padding: 5px;">Replaced with Referral to Back to work (BTW) Vendor (<b>W-502</b>)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Referral to the Substance Abuse Service Center for Persons in an ESP/SAP Assignment (<b>M-75k</b>)</td> <td style="padding: 5px;">Replaced with <b>W-456AA</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Employment Service Provider Referral for Alcohol and Substance Abuse Assessment (<b>M-75m</b>)</td> <td style="padding: 5px;">Replaced with <b>W-456AA</b></td> </tr> </tbody> </table>	OBSOLETE FORMS	REASON	Notice to Report to Center ( <b>M-3gg</b> )	Replaced with Documentation Requirements ( <b>W-113K</b> )	Referral to the Substance Abuse Service Center for Persons in a Special Population Vendor (SPV) Assignment ( <b>M-74b</b> )	Replaced with Referral for Assessment at the Substance Abuse Center (SASC) ( <b>W-456AA</b> )	Mandatory Appointment Notice ( <b>M-74e</b> )	Replaced with Referral to Back to work (BTW) Vendor ( <b>W-502</b> )	Referral to the Substance Abuse Service Center for Persons in an ESP/SAP Assignment ( <b>M-75k</b> )	Replaced with <b>W-456AA</b>	Employment Service Provider Referral for Alcohol and Substance Abuse Assessment ( <b>M-75m</b> )	Replaced with <b>W-456AA</b>
OBSOLETE FORMS	REASON												
Notice to Report to Center ( <b>M-3gg</b> )	Replaced with Documentation Requirements ( <b>W-113K</b> )												
Referral to the Substance Abuse Service Center for Persons in a Special Population Vendor (SPV) Assignment ( <b>M-74b</b> )	Replaced with Referral for Assessment at the Substance Abuse Center (SASC) ( <b>W-456AA</b> )												
Mandatory Appointment Notice ( <b>M-74e</b> )	Replaced with Referral to Back to work (BTW) Vendor ( <b>W-502</b> )												
Referral to the Substance Abuse Service Center for Persons in an ESP/SAP Assignment ( <b>M-75k</b> )	Replaced with <b>W-456AA</b>												
Employment Service Provider Referral for Alcohol and Substance Abuse Assessment ( <b>M-75m</b> )	Replaced with <b>W-456AA</b>												

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*

<b>OBSOLETE FORMS</b>	<b>REASON</b>
Employment Services and Placement (ESP) Referral Request ( <b>M-75q</b> )	No longer used
Participant Deassignment Desk Guide ( <b>M-75x</b> )	Information included in the Employment Manual
Notice of a Mandatory Appointment with a Skills Assessment Placement (SAP) Vendor ( <b>M-187h</b> )	Replaced with <b>W-502</b>
Appointment Notice Employment Services Placement Vendor ( <b>M-687v</b> )	Replaced with <b>W-502</b>
Referral to Employment Office ( <b>W-116N</b> )	Replaced with Notice to Report to Job Center/NPA Food Stamp Office ( <b>M-3G</b> )
Work Plus ESP Non-Mandatory Appointment Notice for Full-Time Employed Participants ( <b>W-500</b> )	Replaced with Nonmandatory Appointment Notice for Full-Time Employed Participants ( <b>W-500D</b> )
BEGIN Employment Plus Mandatory Appointment Notice for Part-Time Employed Participants ( <b>W-500B</b> )	Replaced with Work Plus ESP Mandatory Appointment Notice for Part-Time Employed Participants ( <b>W-500A</b> )
HSS Infraction Code and Resolution Desk Guide ( <b>W-500F</b> )	These infraction codes are obsolete
Conciliation Referral for Substance Abuse Assessment ( <b>W-500J</b> )	Replaced with Referral for Employment Assessment ( <b>W-500H</b> )
Mandatory Appointment/ Substance Abuse Service Center ( <b>W-500V</b> )	Replaced with <b>W-113K</b>

<b>OBSOLETE FORMS</b>	<b>REASON</b>
Mandatory Return Appointment ( <b>W-500CC</b> )	Replaced with <b>W-113K</b>
BEGIN/CUNY Immersion Mandatory Appointment Notice ( <b>W-502A</b> )	Program was terminated
BEGIN Managed Programs Reassessment Appointment ( <b>W-502C</b> )	Associated with BEGIN/CUNY Immersion Program, which has been terminated
Employability Assessment ( <b>W-532P</b> )	Replaced with CASAC Re-Assessment ( <b>W-532N</b> )
Referral from ESP to BEGIN/ CUNY Immersion Program ( <b>W-573UU</b> )	Program was terminated
Assessment Outcome: Participant Returned to ESP ( <b>W-573WW</b> )	No longer required, as outcome is entered in NYCWAY
Mandatory Job Search Appointment Letter ( <b>W-575Y</b> )	Replaced with <b>W-502</b>
Modification to Employment Plan ( <b>W-680D</b> )	No longer used
Temporary Employment Exemption ( <b>W-680 MM</b> )	No longer used

Center Directors must ensure all versions of these forms, including the multilingual equivalents, are removed from circulation and recycled.

*Effective Immediately*

**Related Item:**

[PB #06-104-OPE](#)

🖨 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

### Attachments:

#### Obsolete

<b>M-3gg</b>	Notice to Report to Center
<b>M-74b</b>	Referral to the Substance Abuse Service Center for Persons in a Special Population Vendor (SPV) Assignment
<b>M-74e</b>	Mandatory Appointment Notice
<b>M-75k</b>	Referral to the Substance Abuse Service Center for Persons in an ESP/SAP Assignment
<b>M-75m</b>	Employment Service Provider Referral for Alcohol and Substance Abuse Assessment
<b>M-75q</b>	Employment Services and Placement (ESP) Vendor Referral Request
<b>M-75x</b>	Participant Deassignment Desk Guide
<b>M-187h</b>	Notice of a Mandatory Appointment with a Skills Assessment Placement (SAP) Vendor
<b>M-687v</b>	Appointment Notice Employment Services Placement Vendor
<b>W-116N</b>	Referral to Employment Office
<b>W-500</b>	Work Plus ESP Non-Mandatory Appointment Notice for Full-Time Employed Participants
<b>W-500B</b>	BEGIN Employment Plus Mandatory Appointment Notices for Part-Time Employed Participants
<b>W-500F</b>	HSS Infraction Code and Resolution Desk Guide
<b>W-500J</b>	Conciliation Referral for Substance Abuse Assessment
<b>W-500V</b>	Mandatory Appointment/Substance Abuse Service Center
<b>W-500CC</b>	Mandatory Return Appointment
<b>W-502A</b>	BEGIN/CUNY Immersion Mandatory Appointment Notice
<b>W-502C</b>	BEGIN Managed Programs Reassessment Appointment
<b>W-532P</b>	Employability Assessment
<b>W-573UU</b>	Referral from ESP to BEGIN/CUNY Immersion Program
<b>W-573WW</b>	Assessment Outcome: Participant Returned to ESP
<b>W-575Y</b>	Mandatory Job Search Appointment Letter
<b>W-680D</b>	Modification to Employment Plan
<b>W-680 MM</b>	Temporary Employment Exemption



Date: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Action Code: 910H  910S  910R   
HSS Substance Other  
Medical Abuse

**Notice to Report to Center**  
(For Applicants Only)

Dear Applicant:

Please report to:

Center Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Day/Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

To Discuss:  HSS Medical Issues  SACC Results  
 Other \_\_\_\_\_

OBSOLETE

Please bring this letter, and the following documents, when you report:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

If you are unable to keep this appointment, please call \_\_\_\_\_  
prior to the time indicated above, for another appointment.

*Failure to keep this appointment or contact us may make you ineligible for public assistance, or may reduce your public assistance benefits for a specific period of time.*

\_\_\_\_\_  
Worker's Signature

\_\_\_\_\_  
Caseload/Section

\_\_\_\_\_  
Applicant's Signature

\_\_\_\_\_  
Applicant's Name (print)

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Código de Acción: 910H  910S  910R   
HSS Substance Other  
Medical Abuse

### Aviso para Presentarse al Centro (Para Solicitantes Solamente)

Estimado(a) Solicitante:

Favor de presentarse al:

**OBSOLETE**

Nombre de Centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Día/Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Para Discutir:  Resultados Médicos de HSS  Resultados de SACC  
 Otros \_\_\_\_\_

Cuando se presente, favor de traer esta carta y los siguientes documentos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si usted no puede acudir a esta cita, favor de llamar al \_\_\_\_\_  
antes de la hora de la cita indicada más arriba para programar otra cita.

*El no acudir a esta cita o el no comunicarse con nosotros, puede hacerle inelegible para asistencia pública,  
o reducirle sus beneficios de asistencia pública por un periodo de tiempo específico.*

\_\_\_\_\_  
Firma del/la Trabajador(a)

\_\_\_\_\_  
Carga de Casos/Sección

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante (en letras de molde)



## Referral to the Substance Abuse Service Center for Persons in a Special Population Vendor (SPV) Assignment

**Section I** (to be completed by FIA worker)

Participant's Name <i>(Last, First, M.I.)</i>		Case/Suffix/Ln Number	Social Security Number
SPV Vendor Site		Job Center	SPV Contact Person
SPV Telephone Number	Today's Date		

*(Include area code)*

### Instruction to SPV Participant

OBSOLETE

**Section II**

A mandatory appointment has been scheduled for you at the Substance Abuse Service Center (SASC). You must report to the SASC with this form. Please do not fail to appear. You cannot change this appointment unless you have a valid reason for doing so and can prove why you need to reschedule. If you have an emergency that can be documented, you must call the SASC Program at (212) 835-8300.

SASC Address: FIA/Substance Abuse Service Center  
109 East 16th Street, 4th floor  
New York, New York 10003

Travel Directions: Train: 4, 5, 6, N, R, L to 14th Street/Union Square  
Bus: M1, M3, M5, M6, M7 to 14th Street/Union Square

Appointment Date	Time
	a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/>

**Section IIA** (to be filled out by SPV Participant)

I understand that I am being referred to SASC either for an evaluation by a Credentialed Alcoholism and Substance Abuse Counselor (CASAC), if necessary, and/or an assessment of my employability and the need for employment placement services. I understand that I must report to and cooperate with the SASC program and that failure to do so may make me ineligible for public assistance benefits.

SPV Participant's Signature

Date

**Section III** (to be filled out by SASC Worker)

Outcome of Assessment:

- 1. Participant has reported and is returning to your program.
- 2. Participant has reported and is not returning to your program.

SASC Worker's Signature

Date

Telephone Number  
*(Include area code)*

## Referencia al Centro de Servicios de Abuso de Sustancias (SASC) Para Personas en una Asignación de Vendedores a Poblaciones Especiales (SPV)

### Section I (to be completed by FIA worker)

Participant's Name (Last, First, M.I.)		Case/Suffix/Ln Number	Social Security Number
SPV Vendor Site		Job Center	SPV Contact Person
SPV Telephone Number	Today's Date		

(Include area code)

### Instrucción al Participante de SPV

#### Sección II

Una cita obligatoria ha sido programada para usted en el Centro de Servicios de Abuso de Sustancias (Substance Abuse Service Center-SASC). Usted tiene que presentarse al SASC con este formulario. Favor de ser puntual. Usted no puede cambiar esta cita a menos que tenga una razón válida para hacerlo y pueda explicar por qué necesita reprogramar. Si usted tiene una emergencia que puede ser documentada, usted tiene que llamar al Programa SASC al (212) 835-8300.

Dirección de SASC: FIA/Substance Abuse Service Center  
109 East 16th Street, 4to piso  
New York, New York 10003

Indicaciones de Viaje: Tren: 4, 5, 6, N, R, L hasta 14th Street/Union Square  
Autobús: M1, M3, M5, M6, M7 hasta 14th Street/Union Square

Fecha de la Cita	Hora
	a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/>

#### Sección IIA (a ser llenado por el Participante de SPV)

Yo entiendo que estoy siendo referido al SASC ya sea para una evaluación por un Consejero Certificado de Abuso de Alcohol y Sustancias (CASAC) si es necesario, y/o una evaluación de mi habilidad para ser empleado(a) y la necesidad para Servicios de Colocación de Empleo. Yo entiendo que tengo que presentarme y cooperar con el Program SASC y que el no hacerlo puede resultar en que sea inelegible para beneficios de asistencia pública.

Firma del Participante de SPV

Fecha

### Section III (to be filled out by SASC Worker)

Outcome of Assessment:

1. Participant has reported and is returning to your program.
2. Participant has reported and is not returning to your program.

SASC Worker's Signature

Date

Telephone Number  
(Include area code)





Date: \_\_\_\_\_

Appointment Date: \_\_\_\_\_

Appointment Time: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

CIN Number: \_\_\_\_\_

Center: \_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_

Action Code: \_\_\_\_\_

### Mandatory Appointment Notice

Dear Sir/Madam:

State Law requires that you be engaged in active and continuing search for employment. As part of this obligation, you are required to work with the Special Population Vendor. The Special Population Vendor will work with you to enhance your skills and help you to find employment.

**OBSOLETE**

Please do not bring children with you to the appointment.

If you are unable to keep this appointment, please contact the Special Population liaison at (212) 896-8784. This is a mandatory appointment. If you do not keep this appointment and fail to contact us in advance, action may be taken affecting your public assistance benefits.

Your Special Population Vendor appointment is indicated below.

**Location:** \_\_\_\_\_

**Orientation Date:** \_\_\_\_\_

**Time:** \_\_\_\_\_ a.m.  p.m.

**Travel Directions:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Please note: *"Failure to comply with public assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid."*

Seth Diamond,  
Deputy Commissioner

Fecha: \_\_\_\_\_  
Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_  
Hora de la Cita: \_\_\_\_\_  
Número de Caso : \_\_\_\_\_  
Número CIN: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cita Obligatoria

Estimado Señor(a):

La Ley Estatal requiere que usted esté ocupado comprometido en una búsqueda activa y continua de empleo. Como parte de esta obligación, usted está requerido(a) a trabajar como Vendedor de Población Especial (Special Population Vendor). El Vendedor de Población Especial trabajará con usted para aumentar sus cualificaciones para ayudarlo a encontrar empleo.

Favor de no traer niños a esta cita.

Si usted no puede acudir a esta cita, favor de comunicarse con el enlace Especial de Población al (212) 896-8784. Esta cita es obligatoria. Si usted no acude a esta cita y no se comunica con nosotros por adelantado, se puede tomar una medida que afectará sus beneficios de asistencia pública.

Su cita de Vendedor de Población Especial está indicada a continuación.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha de Orientación: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_ a.m.  p.m.

Indicaciones de Viaje: \_\_\_\_\_

Favor de notar: *"El no cumplir con los requisitos de trabajo de asistencia pública no afecta su elegibilidad para Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid."*

Seth Diamond,  
Sub Comisionado



## Referral to the Substance Abuse Service Center for Persons in an ESP/SAP Assignment

### Section I (to be completed by FIA worker)

Participant's Name		Case/Suffix/Ln Number	Social Security Number
ESP/SAP Vendor Site		Center	Contact Person
Telephone Number	Today's Date		

### Instruction to ESP/SAP Participant

#### Section II

A mandatory appointment has been scheduled for you at the Substance Abuse Service Center (SASC). You must report to the SASC with this form. Please be on time. You cannot change this appointment unless you have a valid reason for doing so and can prove why you need to reschedule. If you have an emergency that can be documented, you must call the SASC Program at (212) 835-8300.

SASC Address: FIA/Substance Abuse Service Center  
109 East 16th Street, 4th floor  
New York, New York 10003

Travel Directions: Train: 4, 5, 6, N, R, L to 4th Street/Union Square  
Bus: M1, M3, M5, M6 to 1st Street/Union Square

Appointment Date	Time
	a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/>

#### Section IIA (to be filled out by ESP/SAP Participant)

I understand that I am being referred to SASC for an evaluation by a Certified Alcohol and Substance Abuse Counselor (CASAC). I understand that I must report to and cooperate with the SASC Program and that failure to do so may make me ineligible for public assistance benefits.

ESP/SAP Participant's Signature

Date

#### Section III (to be filled out by SASC Worker)

Outcome of Assessment:

1. Participant has reported and is returning to your program. Please excuse for today.
2. Participant has reported and has been exempt from your program effective today.  
Please remove from your roster for good cause.

CASC Worker's Signature

Date

Telephone Number

## Referencia al Centro de Servicios de Abuso de Substancias (SASC) Para Personas en una Asignación de Servicios y Colocación de Empleo/Evaluación de Destrezas y Colocacion de Empleo (ESP/SAP)

### Section I (to be completed by FIA worker)

Participant's Name		Case/Suffix/Ln Number	Social Security Number
ESP/SAP Vendor Site		Center	Contact Person
Telephone Number	Today's Date		

### Instrucción al Participante de ESP/SAP

#### Sección II

Una cita obligatoria ha sido programada para usted en el Centro de Servicios de Abuso de Substancias (Substance Abuse Service Center-SASC). Usted tiene que presentarse a SASC con este formulario. Favor de ser puntual. Usted no puede cambiar esta cita a menos que tenga una razón válida para ello. No puede probar por qué necesita reprogramar. Si usted tiene una emergencia que puede ser justificada, usted tiene que llamar al Programa SASC al (212) 835-8300.

Dirección de SASC: FIA/Substance Abuse Service Center  
109 East 16th Street, 4to piso  
New York, New York 10003

Indicaciones de Viaje: Tren: 4, 5, 6, N, R, L hasta 14th Street/Union Square  
Autobús: M1, M3, M5, M6, M7 hasta 14th Street/Union Square

Fecha de la Cita	Hora
	a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/>

#### Sección IIA (a ser llenado por el Participante de ESP/SAP)

Yo entiendo que estoy siendo referido al SASC para una evaluación por un Consejero Certificado de Abuso de Alcohol y Substancias (CASAC). Yo entiendo que tengo que presentarme y cooperar con el Program SASC y que el no hacerlo puede resultar en que sea inelegible para beneficios de asistencia pública.

Firma del Participante de ESP/SAP

Fecha

### Section III (to be filled out by SASC Worker)

Outcome of Assessment:

1. Participant has reported and is returning to your program. Please excuse for today.
2. Participant has reported and has been exempt from your program effective today. Please remove from your roster for good cause.

CASC Worker's Signature

Date

Telephone Number



**Employment Service Provider  
Referral for Alcohol and Substance Abuse Assessment**

Participant's Name	PA Case Number	Participant's Enrollment Date

1. In which activities does this individual participate?

- A Job Search
- B Education
- C Training
- D
- Other (specify):

2. What is the participant's schedule?

	From	To
Mon.	<input style="width: 40px;" type="text"/> a.m./p.m.	<input style="width: 40px;" type="text"/> a.m./p.m.
Tues.	<input style="width: 40px;" type="text"/> a.m./p.m.	<input style="width: 40px;" type="text"/> a.m./p.m.
Wed.	<input style="width: 40px;" type="text"/> a.m./p.m.	<input style="width: 40px;" type="text"/> a.m./p.m.
Thurs.	<input style="width: 40px;" type="text"/> a.m./p.m.	<input style="width: 40px;" type="text"/> a.m./p.m.
Fri.	<input style="width: 40px;" type="text"/> a.m./p.m.	<input style="width: 40px;" type="text"/> a.m./p.m.

3. Based on your knowledge of the participant, indicate the frequency you have observed the type of behavior described in **Column A** by putting a check mark in **Column B, C, or D**. **Occasional = less than once per week. Episodic = more than once per week. Severe = daily.** In **Column E** enter date of onset of behavior if known, or if not, date when first observed.

OBSOLETE

A Type of Behavior Observed	B Occasional	C Episodic	D Severe	E Date of Onset of Behavior
Absenteeism, erratic attendance				
Agitation				
Alcohol Odor				
Appears Intoxicated				
Drowsiness/Sleeping				
Fatigue				
Impairment in Attention or Memory				
Lack of Coordination				
Lateness				
Tremors (shaking and twitching of hands and eyelids)				
Unclear Speech (slurred, incoherent, rapid)				
Unsteady Gait (staggering, off-balance)				
Other (specify):				
Other (specify):				
Other (specify):				

4. a. Has there been a change in the participant's performance since the program start date? Check one: Yes  No

b. If yes, please describe: \_\_\_\_\_

c. If yes, identify specific work or personal circumstances that may have caused the performance change: \_\_\_\_\_

5. Additional comments: \_\_\_\_\_

Provider Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

ESP/SAP Worker's Name: \_\_\_\_\_ ESP/SAP Worker's Signature: \_\_\_\_\_

ESP/SAP Site Director's Name: \_\_\_\_\_ ESP/SAP Site Director's Signature: \_\_\_\_\_

Telephone No. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



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

### Employment Services and Placement (ESP) Referral Request

#### To be Completed by Participant

I am interested in enrolling with the following Employment Services and Placement ESP program.

\_\_\_\_\_  
Name Site Code

I am not currently assigned to another HRA-approved work activity. I understand that my participation in the ESP program must be reviewed with a Job Opportunity Specialist (JOS)/Worker at my Job Center. The JOS/Worker will determine if this ESP program is consistent with my employment plan to help me become financially self-sufficient.

\_\_\_\_\_  
Participant Name

\_\_\_\_\_  
Participant Signature Date

**OBSOLETE**

#### To be Completed by ESP Representative

I have met with the above-named participant, and he/she has expressed an interest in receiving services. I understand that my organization is not authorized to commence services with this participant until the assignment has been made in the NYCWAY Case Management System.

\_\_\_\_\_  
ESP Representative Name

\_\_\_\_\_  
ESP Representative Signature Date

#### To be Completed by JOS/Worker at the Job Center

I have reviewed this request for assignment to the ESP program referenced above.

- I have enrolled the participant in the requested ESP program.
- I have not enrolled the participant in the requested ESP program.

**Reasons for rejection:**

- Enrolled in another HRA-approved work activity. Specify activity: \_\_\_\_\_
- Exempt from HRA work activities. Specify Employability Status (ES) code: \_\_\_\_\_
- Other. Please specify: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
JOS/Worker Name

\_\_\_\_\_  
JOS/Worker Signature Date



Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

CIN: \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

### Solicitud de Envío a Servicios de Empleo y Colocación (ESP)

#### Debe ser llenado por el Participante

Me interesa inscribirme al programa de Servicios de Empleo y Colocación (ESP)

Nombre \_\_\_\_\_ Código del Local \_\_\_\_\_

En la actualidad no estoy asignado a ninguna actividad de trabajo aprobada por la HRA. Entiendo que un Trabajador Especialista en Oportunidades de Empleo de mi Centro de Trabajo debe autorizar mi participación en el programa de ESP. El Trabajador de JOS determinará si el programa ESP satisface mis planes de empleo de modo que me sirva para alcanzar mi autosuficiencia económica.

**OBSOLETE**

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### Debe ser llenado por el Representante de ESP

El participante antemencionado con quien me he reunido me ha expresado su interés de recibir servicios. Entiendo que mi institución no esta autorizada a empezar a ofrecer servicios a este participante hasta que sea asignado en el Sistema de Administración de Casos NYCWAY.

Nombre del Representante de ESP \_\_\_\_\_

Firma del Representante de ESP \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### Debe ser llenado por el Trabajador/JOS Asignado en el Centro de Empleo

He repasado esta solicitud para asignación al programa de ESP mencionado anteriormente y por tanto:

- He inscrito al participante al programa ESP que ha solicitado.
- No he inscrito al participante al programa ESP que ha solicitado.

**Motivos de rechazo:**

- Esta inscrito en otra actividad de trabajo aprobada por la HRA. Especifique la actividad:  
\_\_\_\_\_
- Esta exento de actividades de trabajo de la HRA. Especifique el código de Estado de Empleabilidad (ES):  
\_\_\_\_\_
- Otro Motivo. Por favor especifique: \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajador/JOS \_\_\_\_\_

Firma del Representante de ESP \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## Participant Deassignment Desk Guide

All participants are given a full interview prior to being assigned to ESP or to SAP and engagement activities. At that interview they were offered an opportunity to present documentation for a work rules exemption. If they were assigned to ESP or to SAP, they were found employable (non-exempt) and are able to participate fully in the assigned program(s) activity.

### Valid Work Rules Exemptions, either temporary or permanent from work rules, in which a participant should not be referred to ESP or SAP:

- A person younger than 16 or older than 60.
- A full-time caretaker relative of child(ren) under the age of 13 weeks.
- A person, who is ill or injured to the extent that s/he is unable to engage in work activities for up to three months, as verified by H.S. Systems.
- A person incapacitated or disabled as medically verified by H.S. Systems.
- A person who is needed in the home full-time due to a verified mental or physical impairment of another household member and a determination is made that no other member of household is appropriate to provide care.
- A person under the age of 19 and a member of a full-time elementary, vocational or technical school.
- A pregnant woman who is 30 days from the verified expected date of delivery.
- A person whom the agency has found unable to work because of alcohol or substance abuse as verified by SASC.
- A person who would be better served elsewhere.

If a participant reports to the ESP or SAP vendor, and fits one of these exemptions, supporting documentation must be presented, and the appropriate steps taken.

### When a participant submits documentation attesting to his or her inability to work to the ESP or SAP vendor, the vendor must do the following:

- Review the documentation presented by the participant; it must be current, original (no copies) and valid.
  - At ESP: Post Request for Deassignment (Action Code 125F)
  - At SAP: Post Request for Deassignment (Action Code 153F)
  - In comments section on NYCWAY, enter reason for deassignment and list supporting documentation.
- The vendor should enter the pending deassignment code in NYCWAY and forward the supporting documentation to the appropriate vendor regional liaison.
- The vendor should continue to engage the participant, if possible, pending the review of the region, which will notify the vendor either that the client is being deassigned or that s/he should remain in the program.
- Following regional office review, one of these deassignment request outcome codes will be posted on NYCWAY:

<u>Deassignment Accepted</u>	<u>Deassignment Rejected</u>
ESP 125X	125V
SAP 153X	153V

- Note: If within 5 days of the request no documentation is received, the request will be rejected.
- If the participant is deemed employable s/he must continue working with the ESP or SAP vendor. If the participant refuses to continue, s/he has failed to comply.





Date: \_\_\_\_\_  
Appointment Date: \_\_\_\_\_  
Appointment Time: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Notice of a Mandatory Appointment with a Skills Assessment Placement (SAP) Vendor

Dear Sir/Madam:

You have been determined to be work required and are not currently participating in a work activity. As a condition of eligibility for cash assistance in the Family Assistance (FA) category you must participate in a work activity. In addition, you have submitted an application for assistance in the Safety Net Assistance (SNA) category because you are approaching your time limit on federally funded cash assistance. In order to meet the work requirements for both categories (FA and SNA) you must participate in a mandatory job search activity. This notice is to inform you of the mandatory appointment with the Skills Assessment and Placement (SAP) vendor.

**OBSOLETE**

#### Appointment Information

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Day: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Location: \_\_\_\_\_  
Location Name  
Address Line 1  
Address Line 2  
City State Zip Code

Travel Directions:

At this appointment you will get help from experienced employment professionals in assessing your skills and finding paid employment so that you can become self-sufficient. Becoming self-sufficient means that:

- You will be able to take care of your family's financial needs
- You will have the opportunity for pay increases and better job opportunities

**Failure to comply with any part of the job search requirement without good cause will result in a sanction on your Family Assistance case and the denial of your application for Safety Net Assistance.**

#### Applicant's Attestation:

I understand that as a condition of eligibility for Family Assistance and Safety Net Assistance, I must report to and comply with the Skills Assessment and Placement (SAP) vendor. I also understand that failure to participate or cooperate with the SAP vendor will result in a sanction and a denial of my application for Safety Net Assistance.

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant



Fecha: \_\_\_\_\_  
Fecha del Aviso: \_\_\_\_\_  
Hora del Aviso: \_\_\_\_\_  
Número de Caso : \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cita Obligatoria con el Proveedor de Servicios para Colocación y Evaluación de Habilidades (Skills Assessment Placement – SAP)

Estimado(a) Sr(a):

Actualmente, usted no está participando en una actividad de trabajo a pesar de haber sido requerido a ello. Como requisito de elegibilidad para asistencia en efectivo en la categoría de Asistencia para Familias (Family Assistance – FA) debe participar en una actividad de trabajo. Si usted ha presentado una solicitud en la categoría de Asistencia en la Red de Seguridad (Safety Net Assistance – SNA) que se está aproximando al límite de tiempo permitido para recibir asistencia en efectivo a nivel federal para cumplir con los requisitos de Trabajo de ambas categorías (FA y SNA) usted debe participar en la actividad de búsqueda de empleo obligatoria. Mediate este aviso le informamos que usted tiene una cita obligatoria con el proveedor de servicios para Colocación y Evaluación de Habilidades (SAP).

#### Información de la Cita:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_  
Nombre del Local  
Línea de Dirección 1  
Línea de Dirección 2  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

En esta cita usted recibirá ayuda por parte de un profesional con experiencia de empleos para evaluar sus habilidades y encontrar empleo pagado para que usted logre la autosuficiencia:

- Sea capaz de cubrir las necesidades económicas de su familia.
- Tenga la oportunidad de recibir aumentos de sueldo o mejores oportunidades de empleo.

**El no cumplir con alguno de los requisitos de búsqueda de empleo sin causa válida puede resultar en una sanción a su caso de Asistencia de Familias y en el rechazo de su solicitud para Asistencia de la Red de Seguridad.**

#### Testimonio del Solicitante:

Yo entiendo que como requisito de elegibilidad para Asistencia de Familias y Red de Seguridad, debo presentarme y cumplir con el proveedor de servicios de Colocación y Evaluación de Habilidades (SAP). Además, entiendo que si no participo o coopero con el proveedor de servicios SAP puede que mi solicitud de Asistencia para Red de Seguridad sea denegada o que sea sancionado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante



Date: \_\_\_\_\_  
Appointment Date: \_\_\_\_\_  
Appointment Time: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
CIN: \_\_\_\_\_  
JC: \_\_\_\_\_  
Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Appointment Notice Employment Services Placement Vendor

**OBSOLETE**

Dear Sir/Madam:

As part of a continuing effort to help assist you in obtaining permanent employment, we are offering you the opportunity to attain additional employment skills and introduce you to job opportunities you may not be aware of. You will spend time with an Employment Services Placement vendor who will assist you in looking for work, enhancing your skills and providing available resources for employment. The Employment Services Placement vendor will offer you:

- Basic skills development
- Occupational training for today's job market
- Education as needed for specific jobs
- Identification of your interests and potential
- Increased confidence
- How to reach employers

It is important that you continue the child care arrangements already in place for your child(ren). If there is a problem with your child care, you must immediately let your worker know in order to avoid delays and/or interruptions in services. Please ensure that arrangements have been completed at least one week before your Employment Services Placement vendor appointment.

Your Employment Services Placement vendor appointment is indicated below. If there is an emergency, and you cannot arrive at the appointed time, please call the provider at the telephone number given below to reschedule as soon as possible. Please bring this letter with you to your appointment.

Vendor Name/Location: _____
Telephone Number: _____
Date: _____ Time: _____
Travel Directions: _____
_____
_____

Seth Diamond  
Executive Deputy Administrator/Commissioner

Fecha: \_\_\_\_\_  
Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_  
Hora de la Cita: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
CIN: \_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Núm. del Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cita Vendedor de Servicios de Empleo y Colocación

Estimado Señor(a):

Como parte de un esfuerzo continuo para ayudarle a obtener un empleo permanente, le ofrecemos la oportunidad de adquirir capacidades de competencias laborales y familiarizarle con oportunidades de empleo de las que talvez no esté informado. Usted podrá hacerlo con el vendedor de Servicios de Empleo y Colocación (Employment Services Placement Vendor) que le ayudará a buscar trabajo, mejorar sus capacidades y proveerle recursos inestimables para su empleo. El vendedor de Servicios de Empleo y Colocación le ofrecerá:

- Desarrollo de Capacidades Básicas
- Entrenamiento laboral para el mercado laboral actual
- Educación cuando sea necesario para trabajos específicos
- Identificación de sus intereses y posibilidades
- Aumentar la confianza en sí mismo(a)
- Como ponerse en contacto con empleadores

Es importante que siga con sus planes ya en marcha de cuidado infantil para su hijo(s). Si existe algún problema con su cuidado infantil, tiene que informarle inmediatamente a su trabajador para poder evitar retrasos y/o interrupciones de los servicios. Favor de asegurarse que los planes sean completados por lo menos una semana antes de su cita con el vendedor de Servicios de Empleo y Colocación.

Su cita con el vendedor de Servicios de Empleo y Colocación está indicada más abajo. Si tiene una emergencia, y no puede llegar a tiempo a la hora programada, favor de llamar al proveedor al número de teléfono indicado a continuación para programar otra cita tan pronto sea posible. Favor de traer esta carta con usted a su cita.

Nombre/Lugar del Vendedor: _____
Número de Teléfono: _____
Fecha: _____ Hora: _____
Indicaciones de Viaje: _____
_____
_____



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
CIN: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Referral to Employment Office

Dear Sir/Madam:

You must report to the FIA Employment Office with this form.

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Day: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Location:

Location Name \_\_\_\_\_  
Address Line 1 \_\_\_\_\_  
Address Line 2 \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

**OBSOLETE**

Travel Directions:

As a condition for eligibility for Public Assistance, you must report to and cooperate with the FIA Employment Office indicated above. If you are a single parent or caretaker relative of a dependent child, you may have an opportunity to participate in a range of work activities, including work experience, job search and education/training program. Failure to cooperate may make you ineligible for Public Assistance.

**This is a mandatory engagement appointment.** Failure to keep this appointment or failure to participate as required may result in the reduction of your current public assistance benefits and/or food stamps. Please bring this letter to your appointment.

**Please Note: Failure to comply with Public Assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.**

Sincerely,

Catherine McAlevy  
Deputy Commissioner



Fecha: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

CIN: \_\_\_\_\_

Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Envío a la Oficina de Empleo

**OBSOLETE**

Estimado(a) Señor(a):

Usted debe presentarse a la Oficina de Empleo de la FIA con este formulario:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Nombre del Local

Línea de Dirección 1

Línea de Dirección 2

Ciudad Estado Código Postal

Indicaciones de Viaje:

Como requisito de elegibilidad para Asistencia Pública, usted debe presentarse y cooperar con la Oficina de Empleo de la FIA mencionada más arriba. Si es usted un padre o una madre soltero(a) o un tutor pariente de algún niño dependiente, puede que tenga la oportunidad de participar en una variedad de actividades de trabajo, incluyendo experiencia en el trabajo, búsqueda de empleo, y programas educativos y de capacitación. Su incumplimiento puede quitarle el derecho a Asistencia Pública.

**Esta es una cita obligatoria de participación de actividades**, de no acudir a la cita o participar del modo requerido, sus beneficios actuales de asistencia pública y/o cupones de alimentos pueden ser reducidos. Favor de traer esta carta a su cita.

**Favor de Notar: El no cumplir con los requisitos de trabajo de Asistencia Pública no afecta su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.**

Atentamente,

Catherine McAlevey  
Subcomisionada



Date: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

CIN: \_\_\_\_\_

Center: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

Action Code: \_\_\_\_\_

**Work Plus ESP  
Non-Mandatory Appointment Notice for Full-Time Employees Participants**

Dear Sir/Madam:

Although you are employed full-time, your earnings are not sufficient to meet your household needs without public assistance. To help you earn more money, the Human Resources Administration (HRA) is referring you to a Work Plus ESP (Employment Service Provider) vendor that will assist you in enhancing your skills, which may lead to a better paying job. Your appointment with the provider is given below.

**OBSOLETE**

As long as you remain employed full-time, you will not be required to accept this referral. However, you are encouraged to take advantage of this opportunity to begin to make a better life for yourself and your family. You should not have to interrupt your work schedule to attend this appointment. HRA will provide you with carfare for traveling to and from the Work Plus ESP location. In addition, if you are currently receiving child care payments through HRA's transitional benefit program, you will be able to count any hours spent at Work Plus ESP, including travel time, in your child care budget.

If you have children under thirteen (13) years of age, and you have not already done so, you may need to make child care arrangements to attend this appointment. If you already have a child care provider, have your provider complete and return the enclosed Child Care Provider Form (**W-273B**) to you. You must bring or mail the completed form to the Child Care Services Unit located at 109 East 16<sup>th</sup> Street, New York, NY 10038.

If you are unable to find a child care provider, telephone the Child Care Services Unit at (212) 835-7610. It is your responsibility to make child care arrangements or to let HRA know that you have been unable to find appropriate child care. In order to avoid delays, all child care arrangements must be completed at least one (1) week before your Work Plus ESP appointment.

Your Work Plus ESP appointment is indicated below. If you cannot come at the time indicated, you must call the provider at the telephone number given below to reschedule.

Please bring this letter to your appointment.

LOCATION: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

APPOINTMENT DATE: \_\_\_\_\_ TIME: \_\_\_\_\_

TRAVEL DIRECTIONS: \_\_\_\_\_

Seth Diamond  
Executive Deputy Commissioner  
Family Independence Administration

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Categoría del Caso: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_

Código de Acción: \_\_\_\_\_

**Work Plus ESP**  
**Aviso de Cita Obligatoria para Participantes Empleados a Tiempo Parcial**

Estimado(a) Señor(a):

A pesar de que usted está empleado(a) a tiempo completo, sus ingresos no son suficientes para satisfacer las necesidades de su hogar sin asistencia pública. Para mejorar esta situación, la Administración de Recursos Humanos le va a referir a un proveedor de Work Plus ESP (Proveedor de Servicios de Empleo) que le ayudará a mejorar sus capacidades de trabajo, lo cual puede conseguirle un empleo de mejor paga. Su cita con el proveedor está indicada más abajo.

Mientras usted permanezca empleado(a) a tiempo completo, no se requerirá que acepte esta referencia. Sin embargo, se le exhorta que aproveche esta oportunidad para que empiece a mejorar su situación tanto como la de su familia. No es necesario que interrumpa su horario de trabajo para asistir a esta cita. La HRA le proporcionará la tarifa de transporte para viajar al Work Plus ESP y para regresar del mismo. Además, si usted está actualmente recibiendo pagos de cuidado infantil a través del programa de beneficios de transición de la HRA, podrá añadir a su presupuesto de cuidado infantil las horas que pasó en Work Plus ESP, incluyendo la duración del viaje.

Si usted tiene niños menores de trece (13) años de edad, puede ser que tenga que hacer arreglos de cuidado infantil para acudir a esta cita, si aún no los ha hecho. Si ya tiene un proveedor de cuidado infantil, haga que su proveedor llene y le devuelva el Formulario (**W-273B (S)**) del Proveedor de Cuidado Infantil (Child Care Provider Form). Usted tiene que traer o enviar por correo el formulario relleno a la Unidad de Servicios de Cuidado Infantil (Child Care Services Unit) localizada en el 109 East 16th Street, 6to Piso, New York, NY 10003.

Si no puede encontrar un proveedor de cuidado infantil, llame a la Unidad de Servicios de Cuidado Infantil (Child Care Services Unit) al (212) 835-7610. Usted tiene la responsabilidad de hacer arreglos para cuidado infantil o de avisarle a la HRA si no puede encontrar cuidado infantil apropiado. Para poder evitar retrasos, todos los arreglos de cuidado infantil tienen que ser rellenos por lo menos una (1) semana antes de su cita con Work Plus ESP.

Su cita con Work Plus ESP está indicada a continuación. Si no puede acudir a la hora indicada, usted debe llamar al proveedor al número de teléfono provisto a continuación para programar otra cita.

Favor de traer esta carta a su cita.

LUGAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FECHA DE CITA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

INDICACIONES DE VIAJE: \_\_\_\_\_

Seth Diamond  
Subcomisionado Ejecutivo  
Family Independence Administration





Date: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

CIN: \_\_\_\_\_

Center: \_\_\_\_\_

Action Code: \_\_\_\_\_

### BEGIN Employment Plus Mandatory Appointment Notice for Part-Time Employed Participants

As long as you are not employed full-time and continue to receive public assistance, New York State law requires that you be engaged in an active and continuing search for employment. As part of this obligation, you are required to work with a BEGIN Employment Plus vendor who will help you to enhance your skills and find full-time employment.

If you have children under 13 years of age, you may need to make child care arrangements. If you already have a child care provider, have your provider complete and return the enclosed Child Care Provider Form (**W-273B**) to you. You must bring the completed form with you to your BEGIN Employment Plus appointment.

If you are unable to find a child care provider, call the Child Care Services Unit at (212) 835-7610. It is your responsibility to make child care arrangements or to let us know that you have been unable to find appropriate child care. In order to avoid delays, all child care arrangements must be completed at least one week before your BEGIN Employment Plus vendor appointment.

Your BEGIN Employment Plus vendor appointment is indicated on the next page. To the best of our knowledge, the appointment has been made for a time that does not interfere with your work schedule.

**OBSOLETE**

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Location:

\_\_\_\_\_  
Location Name

\_\_\_\_\_  
Address Line 1

\_\_\_\_\_  
Address Line 2

\_\_\_\_\_  
City State Zip Code

**OBSOLETE**

Travel Directions:

\_\_\_\_\_

If you are unable to keep this appointment please call the telephone number above prior to your reporting time to arrange for a new appointment

**This is a mandatory engagement appointment.** Failure to keep this appointment or failure to participate as required may result in the reduction of your current public assistance benefits for a specific period of time or termination of your public assistance benefits. Please bring this letter to your appointment.

**Please note:** Failure to comply with public assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.



Fecha: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

CIN: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

Código de Acción: \_\_\_\_\_

### **Programa de Empleo BEGIN Plus Aviso de Cita Obligatoria para los Participantes Empleados a Tiempo Parcial**

Mientras que usted no esté trabajando a tiempo completo y continúa recibiendo asistencia pública, las leyes del Estado de Nueva York requieren que esté buscando trabajo activa y seguidamente. Como parte de esta obligación, usted tiene que colaborar con el vendedor del Programa de Empleo BEGIN Plus (BEGIN Employment Plus) que le ayudará a mejorar sus capacidades de trabajo y a encontrar empleo a tiempo completo.

Si usted tiene niños menores de 13 años de edad, puede que necesite hacer arreglos para cuidado infantil. Si ya tiene un proveedor de cuidado infantil, su proveedor tiene que llenar el formulario (W-273B) adjunto del Proveedor de Cuidado Infantil (Child Care Provider Form) y traer el formulario lleno del programa BEGIN Employment Plus a su cita.

Si usted no puede encontrar un proveedor de cuidado infantil, llame a la Unidad de Servicios de Cuidado Infantil (Child Care Services Unit) al (212) 835-7610. Usted tiene la responsabilidad de hacer arreglos para cuidado infantil, o avisarnos de que no ha podido encontrar cuidado infantil apropiado. Para evitar demoras, todo arreglo de cuidado infantil debe ser llevado a cabo por lo menos una semana antes de su cita con el vendedor del programa de Empleo BEGIN Employment Plus.

Su cita con el contratista del Programa de Empleo BEGIN Plus (BEGIN Employment Plus) está indicada en la página siguiente. Según nosotros sepamos, la cita se ha fijado a una hora que no interfiere con su horario de trabajo.

**Fecha de la Cita:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Local:** \_\_\_\_\_

Nombre del Local

\_\_\_\_\_  
Línea de Dirección 1

\_\_\_\_\_  
Línea de Dirección 2

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

**Indicaciones de Viaje:**

**OBSOLETE**

Si usted no puede acudir a la cita, por favor llame antes de la hora de su cita al número telefónico que aparece más arriba para programar otra cita.

**Esta cita de participación es obligatoria.** El no acudir a esta cita o no participar como se requiere puede resultar en la reducción de sus beneficios actuales de asistencia pública por un período de tiempo determinado o en la terminación de sus beneficios de asistencia pública. Favor de traer esta carta a su cita.

**Por favor note:** El no cumplir con los requisitos de trabajo de asistencia pública no afecta su derecho a Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.



### HSS Infraction Code and Resolution Desk Guide

When a Participant is granted "Good Cause" for his/her Failure to Report or Failure to Comply with HSS, the Participant must be referred back to HSS or for engagement based on the Infraction Code and/or the Functional Assessment outcome entered by HSS.

Infraction Code	Description	Resolution	Instruction
438C	Failure to Report to Initial Appointment	138H	
438H	Failure to Comply with Initial Appointment	138H	
438R	Failure to Report/Failure to Comply - one exam pending	138R	Call HSS to obtain appointment
438S	Failure to Report/Failure to Comply - multiple exams pending	138R	Call HSS to obtain appointment
439W	Failure to Comply with Wellness Rehabilitation Plan	139R	Call HSS to obtain appointment
43HF	Failure to Report to HSS Rescheduled Appointment	138H	
*438V	Failure to Report/Failure to Comply with FAO Return Appointment	See FAO list below	

**OBSOLETE**

*FAO Code	Resolution
138A	105E
138B	102
138C	102
138D	193
138E	102
138G	102
138S	193
139A	Temporarily Unemployed

*FAO Code	Resolution
139B	Temporarily Unemployed
139C	139R
139D	13HS
139E	13HS
139H	13HS
139M	139R
139P	Temporarily Unemployed
139T	Temporarily Unemployed



**Referral for Substance Abuse Assessment**

Date: \_\_\_\_\_

Case: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

Center: \_\_\_\_\_

Dear Participant:

Today you have been granted good cause for not complying with the requirements for continued eligibility. As a result of finding good cause and your expressed readiness to comply with the engagement requirements, we are referring you for a Substance Abuse Assessment to \_\_\_\_\_.

Your failure to keep this appointment may result in a possible reduction or discontinuation of your benefits.

**OBSOLETE**

\_\_\_\_\_  
FH&C Worker's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Telephone Number

**Envío a Evaluación de Abuso de Sustancias**

Fecha: \_\_\_\_\_

Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

Estimado Participante:

Hoy se le ha otorgado causa válida con respecto al incumplimiento de los requisitos de trabajo para elegibilidad continua, y a raíz de ello y de la imposición de una multa por no haber cumplido con los requisitos de participación, le estamos enviando a una Evaluación de Abuso de Sustancias hoy día.

El no presentarse a esta cita con \_\_\_\_\_ debido resultará en una posible reducción o discontinuación de beneficios.

**OBSOLETE**

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador FH&C

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Núm. de Teléfono



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
CIN: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Mandatory Appointment/Substance Abuse Service Center

You have been given a mandatory return appointment at the Substance Abuse Service Center (SASC). Please bring the following:

**OBSOLETE**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Location: \_\_\_\_\_  
Location Name

\_\_\_\_\_ Address Line 1

\_\_\_\_\_ Address Line 2

\_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code

Travel Directions:

**This is a mandatory eligibility appointment. Failure to keep this appointment or cooperate with eligibility rules may result in the discontinuance of your public assistance. If you have any questions please contact the number above.**

\_\_\_\_\_  
Participant's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
JOS/FIA Interviewer's Signature

\_\_\_\_\_  
Date



Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Número de Caso: \_\_\_\_\_

CIN: \_\_\_\_\_

Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Cita Obligatoria/Centro de Servicios por Abuso de Substancias

Se le ha programado una cita de regreso obligatoria con el Centro de Servicios por Abuso de Substancias (Substance Abuse Service Center – SASC). Favor de traer lo siguiente:

**OBSOLETE**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Nombre del Local

Línea de Dirección 1

Línea de Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

Indicaciones de Viaje:

**Esta cita de elegibilidad es obligatoria. El no acudir a esta cita o no cooperar con las reglas de elegibilidad puede resultar en la suspensión de su asistencia pública. Si tiene preguntas al respecto por favor comuníquese al número de teléfono indicado más arriba.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Entrevistador de FIA/JOS

\_\_\_\_\_  
Fecha





Date: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Mandatory Return Appointment

You have been selected for a mandatory return appointment at the program location listed below. If you are unable to keep this appointment because of a documented emergency, please call the telephone number below.

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Day: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Location: \_\_\_\_\_  
Location Name \_\_\_\_\_  
Address Line 1 \_\_\_\_\_  
Address Line 2 \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

**OBSOLETE**

Travel Directions:

At the time of your appointment, please bring the following:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

I understand that this is a mandatory appointment. Failure, without good cause, to keep this appointment, comply with required follow-up interviews with staff as directed, or to provide documentation or other verification that has been requested in order to meet employment requirements may result in the denial, reduction or discontinuance of public assistance and/or Food Stamp benefits.

Applicant/Participant Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Worker Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Fecha: \_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Tipo de Caso: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Cita Obligatoria de Retorno

Se le ha programado una cita obligatoria de retorno al local del programa que se indica más abajo. Si usted no puede acudir a esta cita por surgir una emergencia que esté documentada, favor de llamar al número telefónico como se indica a continuación:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Nombre del Local

Línea de Dirección 1

Línea de Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

**OBSOLETE**

Indicaciones de Viaje:

Traiga los siguientes documentos a su cita:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

Entiendo que esta cita es obligatoria y el no acudir a la misma sin motivo justificado, al igual que no cumplir del modo indicado los requisitos de las entrevistas sucesivas con el personal o no proveer documentación u otra verificación que haya sido solicitada para acatar los requisitos de trabajo puede resultar en el rechazo, la reducción o discontinuación de beneficios de asistencia pública y/o de Cupones para Alimentos.

Firma del Solicitante/Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Trabajador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



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

### BEGIN/CUNY Immersion Mandatory Appointment Notice

The BEGIN (Begin Employment Gain Independence Now program) Searching and Placement Center will help you identify educational opportunities to meet your employment goals. You will have a group orientation to explain the various programs that are available. You will be required to select which program is right for you: the Immersion program, which is an intensive 10–12 week course of study at CUNY (City University of New York) campus, or one of the other BEGIN programs. You will have an interview on an individual basis to discuss the results of your test(s) and the program that may best meet your needs.

**OBSOLETE**

You have a mandatory appointment scheduled for:

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Location: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Travel Directions:

If you are unable to keep this appointment because of an emergency, please contact the telephone number above before your reporting time to arrange for a new appointment.

**This is a mandatory engagement appointment. Your participation in assigned activities is mandatory. Failure to fulfill all requirements may result in the reduction or termination of your public assistance benefits. There are no work requirements for Medicaid.**



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

### Aviso de Cita Obligatoria de Incorporación de BEGIN/CUNY

El Centro de Selección y Colocación BEGIN (Begin Employment and Independence Now program – programa para Empezar Empleo e Independizarse Ahora) le ayudará a identificar oportunidades educacionales para satisfacer sus metas de empleo. Usted tendrá una entrevista en grupo para que se le explique sobre los diferentes programas disponibles. Seleccione un grupo(s) para el cual es el programa adecuado para usted: el programa de Incorporación el cual consiste de un período de estudio intensivos de 10–12 semanas en el campus de CUNY (Universidad de la Ciudad de Nueva York – City University of New York), o uno de los otros programas de BEGIN. Durante una entrevista individual se dialogará con usted acerca de los resultados de su(s) prueba(s) y sobre el programa que pueda corresponder mejor a sus necesidades.

Se le ha programado una cita obligatoria el:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

Si no puede asistir a esta cita por causa de una emergencia, por favor llame al número de teléfono indicado más arriba antes de la hora en que debe presentarse para programar una nueva cita.

**Esta es una cita de participación obligatoria. Su participación en las actividades asignadas es obligatoria. El no cumplir todos los requisitos puede resultar en la reducción o terminación de sus beneficios de asistencia pública. No existen requisitos de trabajo con respecto a Medicaid.**



Center No. \_\_\_\_\_ Center Name \_\_\_\_\_  
Center Address 1 \_\_\_\_\_  
Center Address 2 \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Center: \_\_\_\_\_

Caseload: \_\_\_\_\_

Worker Telephone Number: \_\_\_\_\_

Action Code: \_\_\_\_\_

First Name \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_  
Address Line 1 \_\_\_\_\_  
Address Line 2 \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

**BEGIN Managed Programs Reassessment Appointment**

**OBSOLETE**

Dear Participant:

In keeping with your Employability Plan, you have been scheduled to report to the BEGIN/CUNY Immersion Program Screening Site for reassessment of your current activities. You have a mandatory appointment scheduled at:

Location:

Location Name \_\_\_\_\_  
Location Address 1 \_\_\_\_\_  
Location Address 2 \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Travel Directions:

\_\_\_\_\_

Because you have completed your assignment at the BEGIN/CUNY (BCI) Immersion Program site, you must now report to the BCI Program Screening and Placement Center for an assessment of your academic skills and ability to be employed.

Once your end-of-program reassessment is complete, you will be interviewed for your work preferences and will be placed in an appropriate work or work/training assignment, or returned to your ESP vendor.

Sincerely,

Catherine McAlevey  
Deputy Commissioner

**This appointment and your participation in work activities are mandatory. Failure to fulfill work requirements may result in the reduction or termination of your public assistance and Food Stamp benefits. There are no work requirements for Medicaid.**

No. del Centro	Nombre del Centro	
Dirección del Centro 1		
Dirección del Centro 2		
Ciudad	Estado	Código Postal

Fecha: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

Carga de Casos: \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono del Trabajador: \_\_\_\_\_

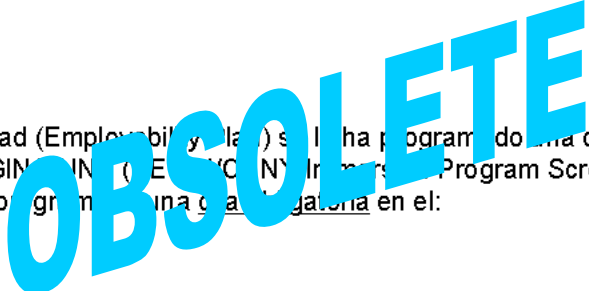
Código de Acción: \_\_\_\_\_

Nombre	Apellido	
Dirección de Línea 1		
Dirección de Línea 2		
Ciudad	Estado	Código Postal

### Cita de Reevaluación de los Programas Administrados BEGIN

Estimado Participante:

Conforme a su plan de empleabilidad (Employability Plan) se le ha programado una cita en el local de selección del programa de incorporación de BEGIN/CUNY (BEGIN/CUNY Immersion Program Screening Site) para que se reevalúen sus actividades actuales. Se le ha programado una cita a la siguiente en el:



Local: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Local \_\_\_\_\_  
 Dirección del Local 1 \_\_\_\_\_  
 Dirección del Local 2 \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

Puesto que usted ha terminado su asignación en el local del programa de incorporación de BEGIN/CUNY (de BCI) (BEGIN/CUNY [BCI] Immersion Program), es preciso que se presente al Centro de Selección de BCI y Colocación para una evaluación de sus aptitudes académicas y de su capacitación con respecto a empleo.

Una vez que se haya completado su reevaluación de final del programa, se le entrevistará con respecto a sus preferencias de trabajo, y se le colocará en una asignación adecuada de trabajo o capacitación, o se le remitirá a su vendedor de ESP.

Atentamente,

Catherine McAlevey  
Subcomisionada

**Esta cita y su participación en actividades de trabajo son obligatorias. El no cumplir con los requisitos de trabajo puede resultar en la reducción o terminación de sus beneficios de asistencia pública y cupones para alimentos. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.**



Date: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Act. Cd: 205E

SS Number: \_\_\_\_\_

Caseload: \_\_\_\_\_

Case Type: \_\_\_\_\_

Hours in Treatment: \_\_\_\_\_

**OBSOLETE**

Employability Assessment

Dear Participant:

Our records reflect that you are currently enrolled in an approved treatment program, but are not yet participating in an employment activity. Your participation in both substance abuse treatment and work may lead to a speedier recovery, which is essential to achieving financial independence.

We have, therefore, scheduled you for an appointment to assess your ability to participate in work and other employment activities, which are conditions of your continued eligibility for public assistance.

Please bring any documentation you feel would help us assess your current work abilities. **If you are working, you must bring your last two pay-stubs or a letter from your employer verifying your wages and hours of employment (no photocopies).** If you are employed full time (35 hours per week or more), you will be exempt from any further work activities.

Your appointment is scheduled for:

**Substance Abuse Service Center  
109 East 16th Street, 11th Floor  
New York, New York 10003**

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Day: \_\_\_\_\_

Travel Directions: Train: 4, 5, 6, N, R, Q, W, or L to 14th Street/Union Square  
Bus: M1, M3, M5, M6, M7, to 14th Street/Union Square

**This is a mandatory appointment. Due to limited space, we request that you not bring anyone else with you. Interpreters are available if you do not speak English. If you have any questions, or are unable to keep this appointment, call (212) 835-7194 before your appointment time (between 9:00 a.m. and 5:00 p.m. Monday through Friday). Failure to report to or cooperate fully with this appointment may result in the reduction or loss of your public assistance and food stamp benefits.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Act. Cd: 205E

Número de SS: \_\_\_\_\_

Carga de Caso: \_\_\_\_\_

Tipo de Caso: \_\_\_\_\_

Horas de Tratamiento: \_\_\_\_\_

Evaluación de Empleabilidad

Estimado(a) Participante:

Nuestros archivos indican que usted está actualmente suscrito(a) en un programa aprobado de tratamiento, pero que aún no está participando en una actividad de empleo. Su participación en ambos programas de tratamiento para abuso de sustancias y de trabajo le podría ayudar a recuperarse más rápido, lo cual es indispensable para lograr la independencia económica.

Por consiguiente, le hemos programado una cita para evaluar su capacidad para participar en un trabajo y otras actividades de empleo, las cuales son condiciones de su elegibilidad continua para asistencia pública.

Favor de traer la documentación que usted considere que le pueda ayudar a evaluar sus actuales habilidades de trabajo. **Si usted trabaja, usted debe traer sus últimos dos talones de pago o una carta de su empleador confirmando su sueldo y horario de trabajo (no fotocopias)**. Si usted es un empleado a tiempo completo (35 horas a la semana o más), será exento de cualquier otra actividad de trabajo.

Su cita ha sido programada para:

**Substance Abuse Service Center  
(Centro de Servicios de Abuso de Sustancias)  
109 E 16th St., 11th floor  
New York, New York 10003**

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje: Por Tren: 4, 5, 6, N, R, Q, W, o L hasta la calle 14 Union Square  
Autobus: M1, M3, M5, M6, M7, hasta la calle 14 Union Square

**Esta cita es obligatoria. Debido al espacio limitado se requiere que no traiga a nadie con usted. Interpretes están disponibles en caso que usted no hable inglés. Si usted tiene cualquier pregunta, o no puede asistir a la cita, llame al (212) 835-7194 antes de la hora de su cita (entre las 9:00 a.m. y las 5:00 p.m. de Lunes a Viernes). El no acudir o cooperar completamente con esta cita puede resultar en una reducción o pérdida de sus beneficios de asistencia pública y de cupones para alimentos.**





## Referral from ESP to BEGIN/CUNY Immersion Program

Participant's Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

Dear Participant:

You have been tested at the Employment Services and Placement (ESP) vendor to which you are assigned. The results of the test and interview by your vendor have determined that you may need intensive educational support in order to reach your employment goals. You are scheduled to report to the BEGIN/CUNY Immersion Program for an assessment.

You are scheduled to report to the site described below on \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_  a.m.  p.m.

- The BEGIN/CUNY Immersion Screening Site  
248 Duffield Street, 5th floor  
Brooklyn, NY 11201  
(between Fulton and Willoughby Street)  
(718) 222-5558  
Directions: Train 2 or 3 to Hoyt Street, 4 or 5 to Nevins Street, the A, C, E or G to Hoyt-Schermerhorn or the N or R to Lawrence Street.
- The BEGIN/CUNY Immersion Screening Site  
450 West 41st Street, 5th floor  
New York, NY 10036  
(between 9th and 10th Avenues)  
(212) 868-0624  
Directions: Train 1, 2, 3, A, R, N to 42nd Street & Times Square or 4, 5 or 6 to Grand Central and take the shuttle to West 42nd. Walk to 41st Street between 9th and 10th Avenues.

In case of an emergency, call \_\_\_\_\_ before your scheduled reporting date.

The BEGIN/CUNY Immersion Program is an intensive, twelve-week course of study at CUNY campuses. To find out whether this program is right for you, at this appointment, you will receive a group orientation to explain the classes that are available, as well as be tested on your basic educational level. You will have an opportunity to discuss the results of your tests and whether BEGIN/CUNY Immersion classes can fit your needs.

You have been receiving full-time child care while you are taking part in your assigned work activities. Your child care will continue without interruption as long as you continue to participate.

You will be given further instructions regarding your start date for the program and/or returned to your ESP vendor to continue your work activities at the end of your assessment appointment.

Sincerely,

Catherine McAlevey  
Deputy Commissioner

## Referencia del ESP a los Programas de Incorporación de BEGIN/CUNY

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Número del Caso: \_\_\_\_\_

Estimado(a) Participante:

Usted tomó pruebas con el vendedor de Servicios de Empleo y Colocación (ESP) al cual fue asignado. Los resultados de la prueba y entrevista por su vendedor indican que usted necesita apoyo educativo intensivo para poder lograr sus metas de empleo. Se le ha programado una cita con el Programa de Incorporación de BEGIN/CUNY para una evaluación.

Se le ha programado una cita para que se presente al lugar mencionado a continuación, el \_\_\_\_\_  
a la(s) \_\_\_\_\_  a.m.  p.m. en el \_\_\_\_\_

- The BEGIN/CUNY Immersion Screening Site  
248 Duffield Street, 5to Piso  
Brooklyn, NY 11201  
(entre las calles Fulton y Willoughby)  
(718) 222-5558

Indicaciones de viaje: Tren 2 o 3 hasta Hoyt Street, 4 o 5 hasta Nevins Street, el A, C, E o G hasta Hoyt-Schermerhorn o el N o R hasta Lawrence Street.

- The BEGIN/CUNY Immersion Screening Site  
450 West 41st Street, 5to piso  
New York, NY 10036  
(entre las avenidas 9 y 10)  
(212) 868-0624

Indicaciones de viaje: Tren 1, 2, 3, A, R, N hasta 42nd Street & Times Square o 4, 5 o 6 hasta Grand Central y tome el shuttle hasta West 42nd. Camine hasta la calle 41 entre las avenidas 9 y 10.

En caso de emergencia, llamar al \_\_\_\_\_ antes de la fecha en que debe presentarse a su cita.

El Programa de Incorporación de BEGIN/CUNY es un curso intensivo de doce semanas de estudio en el campus de CUNY. Usted será parte de una orientación en grupo que le explicará las clases disponibles, como también se someterá a pruebas su nivel básico de educación, para determinar si este programa es adecuado para usted. Usted tendrá la oportunidad de platicar sobre los resultados de sus pruebas y decidir si las clases de Incorporación de BEGIN/CUNY pueden satisfacer sus necesidades.

Usted ha estado recibiendo cuidado infantil a tiempo completo mientras participa en sus actividades asignadas de trabajo. Usted continuará recibiendo cuidado infantil sin interrupción por la duración de su participación.

Se le darán instrucciones sobre la fecha de comienzo del programa y/o regresará a su vendedor de ESP para que continúe en sus actividades de trabajo al final de su cita de evaluación.

Atentamente,

Catherine McAlevey  
Subcomisionada



ESP Vendor: \_\_\_\_\_

Fax Number: \_\_\_\_\_

Participant Name: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Worker Telephone: \_\_\_\_\_

**Assessment Outcome: Participant returned to ESP**

**OBSOLETE**

Dear ESP Vendor:

This is to confirm that the above-named participant has kept his/her appointment at the BEGIN/CUNY Screening and Placement Center on \_\_\_\_\_ date.

Upon completion of our assessment process, we have determined that this participant should not be assigned to BEGIN, but seems well suited to the employment activities you offer. Therefore, we are advising the participant to return to you on: \_\_\_\_\_ day, \_\_\_\_\_ date at 9:00 am.

We are not taking any action in NYCWAY. We have reminded the participant, however, that it is mandatory to return to your office, and failure to do so may result in a reduction of his/her public assistance and/or Food Stamp benefits. A copy of this letter has been given to the participant.

If there are any questions, please call the number given above.

Vendedor de ESP: \_\_\_\_\_

Número de Fax: \_\_\_\_\_

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Número de Caso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Trabajador: \_\_\_\_\_

Resultado de la Evaluación del Participante Reasignado a ESP

**OBSOLETE**

Estimado Vendedor de ESP:

Por la presente se confirma que el participante mencionado más arriba ha cumplido con su cita en el Centro de Selección y Colocación (Screening and Placement Center) de BEGIN/CUNY el \_\_\_\_\_.  
fecha

Tras concluir nuestra evaluación, hemos determinado que el participante en cuestión no debería ser asignado a BEGIN, pero que parece apto para las actividades laborales que ustedes ofrecen. Por tanto, le hemos recomendado al participante regresar con ustedes el: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
a las 9:00 am. día fecha

No hemos tomado ninguna medida en NYCWAY. Sin embargo, le hemos recordado al participante que su regreso a la oficina de ustedes es obligatorio, y que el no cumplir como debido podría resultar en la reducción de sus beneficios de asistencia pública y/o Cupones para Alimentos. Además, se le ha entregado una copia de la presente al participante.

Ante cualquier duda, favor de llamar al número que aparece más arriba.



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number : \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Telephone Number: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Mandatory Job Search Appointment Letter

Dear Participant:

State law requires you to be engaged in active and continuing search for unsubsidized employment. As part of this obligation, you will be required to work with a program or vendor who will assist you in looking for work. If you are a single parent or caretaker relative, you may have an opportunity to participate in a range of work activities including work experience, job search, and education or training programs.

**OBSOLETE**

If you are in a current Work Experience Program (WEP) or other HRA-governed assignment, the schedule will be changed to accommodate the time you spend in the job search activity. You will be required to report to the assignment and the Job Search program or employment vendor for a continued total of 35 hours per week. Your new schedule will be given to you at your initial vendor or program appointment.

If you are currently working in a temporary wage subsidized job, you will be required to spend one day per week in job search activities. You will be paid for that day. Bring a copy of your resume, school/training certificates and/or other information about your employment skills and history that you think might be helpful to the goal of finding permanent employment.

If you have children under 13 years of age who are not presently receiving child care services, you may need to arrange for child care. If you are unable to locate child care prior to your assignment, speak to your JOS/Worker, or contact the Child Care Services Unit at 109 East 16th Street, 10th floor, New York, NY 10003. If you have a child care provider, complete the enclosed Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B) and bring or mail it to the Child Care Services Unit. For information, call (212) 835-7610. It is your responsibility to make child care arrangements or to let us know that you have been unable to locate appropriate child care. In order to avoid delays, all child care arrangements must be completed at least one week before your vendor or program appointment.

Your vendor or program appointment is indicated below. If you are in a work activity, you must show this letter to your work site supervisor before your scheduled appointment date. If there is an emergency that prevents you from arriving on time, or keeping this appointment, call the phone number listed below to reschedule as soon as possible.

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Day: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Vendor: \_\_\_\_\_  
Vendor Name

Vendor Address

City State Zip Code

Travel Directions:

**This is a mandatory engagement appointment. Failure to keep this appointment or failure to participate as required may result in the reduction or termination of your public assistance and/or Food Stamp benefits. Please bring this letter to your appointment.**

**Please note: Failure to comply with public assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.**

Sincerely,

Catherine McAlevy  
Deputy Commissioner

**Enclosure:** Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B)



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Carta de Cita Obligatoria para Búsqueda de Empleo

Estimado(a) Participante:

La ley estatal requiere que usted participe en una búsqueda activa y continua de trabajo no subsidiado. Se requerirá, como parte de este compromiso, que usted colabore con el vendedor o programa que le ayudará en su búsqueda de trabajo. Si es usted un padre o una madre soltero(a) o un tutor pariente puede que tenga la oportunidad de participar en una variedad de actividades de trabajo, incluyendo experiencia en el trabajo, búsqueda de empleo, y programas educativos y capacitación.

Si usted participa actualmente en un Programa de Experiencia Laboral (Work Experience Program [WEP]), o alguna otra asignación administrada por la HRA, le arreglaremos el horario a un día a la semana para cumplir con la Unidad de búsqueda de trabajo. Usted se presentará desde hoy a su asignación y programa de búsqueda de trabajo. El vendedor de empleo por un total de hasta 35 horas combinadas a la semana. Su nuevo horario se le entregará en una copia del vendedor o el programa.

Si actualmente está trabajando en un empleo con un salario subsidiado, se requerirá que pase un día a la semana, por el cual se le pagará, en actividades de búsqueda de trabajo. Traiga una copia de su curriculum vitae, cualquier tipo de certificado de entrenamiento o escolar u otra información sobre sus habilidades e historial laborales que usted estime puedan contribuir a realizar el objetivo de obtener empleo permanente.

Si tiene niños menores de 13 años de edad que no reciban actualmente servicios de cuidado infantil, puede que necesite coordinar el cuidado infantil. Si no puede localizar cuidado infantil antes de la fecha de su asignación hable con un Trabajador(a)/JOS, o comuníquese con la Unidad de Servicios de Cuidado Infantil en el 109 East 16th Street, 10th floor, New York, NY 10003. Si tiene un proveedor de cuidado infantil, entréguele el adjunto Solicitud y Comprobante para Proveedor de Cuidado Infantil (W-273B [S]) para que lo llene y tráigalo o envíelo a la Unidad de Servicios de Cuidado Infantil. Para más información, llame al (212) 835-7610. Tiene usted la responsabilidad de ocuparse de los arreglos de cuidado infantil, o dejarnos saber si no puede encontrar cuidado infantil adecuado. Para evitar retrasos, todos los arreglos de cuidado infantil deben hacerse por lo menos una semana antes de su cita con el vendedor o programa.

Su cita con el vendedor o programa se indica a continuación. Si usted participa en una actividad de trabajo, debe presentar esta carta a su supervisor del sitio donde trabaja antes de la fecha de la cita programada. Si urge alguna emergencia que le impida llegar a tiempo, o presentarse a esta cita, llame al número de teléfono que aparece a continuación para programar otra cita lo más pronto posible.

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Vendedor: \_\_\_\_\_  
Nombre del Vendedor  
Dirección del Vendedor  
Ciudad Estado Código Postal

Indicaciones de Viaje:  
[Empty box for travel instructions]

**Esta es una cita obligatoria de participación, el no presentarse a esta cita o no participar como debido puede resultar en la reducción o terminación de sus beneficios de asistencia pública y/o Cupones para Alimentos. Favor de traer esta carta a su cita.**

**Note por favor: El no cumplir con los requisitos de trabajo de asistencia pública no afecta a su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos para Medicaid.**

Atentamente,

Catherine McAlevy  
Subcomisionada

**Adjunto:** Solicitud y Comprobante para Proveedor de Cuidado Infantil (W-273B [S])

## MODIFICATION TO EMPLOYMENT PLAN

Job Center: \_\_\_\_\_

Participant's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Original Plan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBSOLETE**

New Plan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prepared by: \_\_\_\_\_ Unit: \_\_\_\_\_

I understand that I must make every effort to follow my employment plan,  
by keeping all appointments in order to meet the objectives of this plan.

Participant's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## CAMBIOS AL PLAN DE EMPLEO

Centro de Trabajos: \_\_\_\_\_

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

Plan Original: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Plan Nuevo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Explicación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Preparado por: \_\_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_

Tengo entendido que debo de hacer todo lo posible por seguir mi plan de empleo,  
Al cumplir con todas mis citas para lograr los objetivos de este plan.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**OBSOLETE**





### Temporary Employment Exemption

This is to notify HRA Family Independence Administration that the individual indicated below:

\_\_\_\_\_ (Name of Applicant)  
 \_\_\_\_\_ (Social Security Number)

**OBSOLETE**

has been evaluated by me and is determined to be temporarily unable to participate in employment activities for the period indicated below:

- 3 months from the date of release
- 6 months from the date of release

\_\_\_\_\_  
 (Signature of Physician) \_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
 (Title) \_\_\_\_\_  
(Telephone Number)

\_\_\_\_\_  
 (Hospital or Medical Office Name)

\_\_\_\_\_  
 (Address) \_\_\_\_\_  
(Borough) \_\_\_\_\_  
(Zip Code)

**A Physician's Stamp/Seal is required to validate this form.**