



# 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 #16-172-SYS

### FIA FORMS AVAILABLE FOR POS NPA FS OFFICES

<b>Date:</b> December 29, 2006	<b>Subtopic(s):</b> POS Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAWeb.</p>	<p>The purpose of this Policy Bulletin is to inform staff that the following FIA forms and their multilingual equivalents are available for Non-Public Assistance (NPA) Food Stamp (FS) Offices with access to the Paperless Office System (POS):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>EBT-23</b> Notice of Special Public Assistance and/or Food Stamp Benefit (Rev. 6/18/04)</li> <li><b>EBT-23 (S)</b> Notice of Special Public Assistance and/or Food Stamp Benefit (Spanish) (Rev. 6/18/04)</li> <li><b>M-42g</b> Referral for a Medicaid Eligibility Determination (Rev. 9/22/06)</li> <li><b>M-42g (S)</b> Referral for a Medicaid Eligibility Determination (Spanish) (Rev. 9/22/06)</li> <li><b>W-119</b> Request for Contact on a Mailed or Faxed Application (Rev. 4/7/06)</li> <li><b>W-119 (S)</b> Request for Contact on a Mailed or Faxed Application (Spanish) (Rev. 4/7/06)</li> <li><b>W-129PP</b> Food Stamp Eligibility Interview Appointment Notice (Rev. 8/26/05)</li> <li><b>W-129PP (S)</b> Food Stamp Eligibility Interview Appointment Notice (Spanish) (Rev. 8/26/05)</li> <li><b>W-680FF</b> Language Questionnaire (Rev. 3/22/05)</li> <li><b>W-680FF (S)</b> Language Questionnaire (Spanish) (Rev. 3/22/05)</li> </ul> <p>The following FIA form is available in English:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>W-515X</b> Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE) Referral (Rev. 8/1/03)</li> </ul> <p><i>Effective Immediately</i></p>

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*

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

**Attachments:**

<b>EBT-23</b>	Notice of Special Public Assistance and/or Food Stamp Benefit (Rev. 6/18/04)
<b>EBT-23 (S)</b>	Notice of Special Public Assistance and/or Food Stamp Benefit (Spanish) (Rev. 6/18/04)
<b>M-42g</b>	Referral for a Medicaid Eligibility Determination (Rev. 9/22/06)
<b>M-42g (S)</b>	Referral for a Medicaid Eligibility Determination (Spanish) (Rev. 9/22/06)
<b>W-119</b>	Request for Contact on a Mailed or Faxed Application (Rev. 4/7/06)
<b>W-119 (S)</b>	Request for Contact on a Mailed or Faxed Application (Spanish) (Rev. 4/7/06)
<b>W-129PP</b>	Food Stamp Eligibility Interview Appointment Notice (Rev. 8/26/05)
<b>W-129PP (S)</b>	Food Stamp Eligibility Interview Appointment Notice (Spanish) (Rev. 8/26/05)
<b>W-680FF</b>	Language Questionnaire (Rev. 3/22/05)
<b>W-680FF (S)</b>	Language Questionnaire (Spanish) (Rev. 3/22/05)
<b>W-515X</b>	Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE) Referral (Rev. 8/1/03)



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

Cat./Case \_\_\_\_\_

No./Suf. \_\_\_\_\_

Job/PS Center \_\_\_\_\_

Job/PS Center Tel. No.: \_\_\_\_\_

### Notice of Special Public Assistance and/or Food Stamp Benefit

Dear Sir/Madam:

This is to advise you that we are authorizing a special public assistance benefit(s) in the amount of:  
 \$ \_\_\_\_\_ from: \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_ for the following reasons:  
 \_\_\_\_\_  
 \$ \_\_\_\_\_ from: \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_ for the following reasons:

SAMPLE

\_\_\_\_\_

These grant(s) will be available for you on or after \_\_\_\_\_. If they are not available at that time, please inquire at your Job Center only.

This is to advise you that we are authorizing a special Food Stamp Benefit in the amount of:  
 \$ \_\_\_\_\_ from: \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_ for the following reasons:  
 \_\_\_\_\_  
 \$ \_\_\_\_\_ from: \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_ for the following reasons:

\_\_\_\_\_

These grant(s) will be available for you on or after \_\_\_\_\_. If they are not available at that time, please inquire at your Job Center or Food Stamp Center only.

You will need a CBIC photo ID card to pick up this benefit. If you do not have a CBIC photo ID card, call the number indicated above for information on how to get one.

\_\_\_\_\_  
Signature of Worker

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Supervisor

\_\_\_\_\_  
Date



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

Cat./Núm. de Caso/Sufijo: \_\_\_\_\_

Núm. del Centro de Trabajo/FS: \_\_\_\_\_

Núm. de Tel. del Centro de Trabajo/FS: \_\_\_\_\_

### Aviso de Beneficio Especial de Asistencia Pública y/o Cupones de Alimentos

Estimado(a) Sr(a).:

Por el presente le notificamos que le estamos autorizando los siguientes beneficios especiales de asistencia pública por las cantidades de:

\$ \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_ por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_ por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_

Estos beneficios estarán disponibles para usted en o después de \_\_\_\_\_. Si no están disponibles en la fecha indicada, favor de averiguar en su Centro de Trabajo solamente.

Por el presente le notificamos que le estamos autorizando los siguientes beneficios especiales de cupones para alimentos por las cantidades de:

\$ \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_ por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_ por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_

Estos beneficios estarán disponibles para usted en o después de \_\_\_\_\_. Si no están disponibles en la fecha indicada, favor de averiguar en su Centro de Trabajo o Centro de Cupones de Alimentos solamente.

Usted necesitará una tarjeta de identificación CBIC con su foto para recoger este beneficio. Si no tiene una tarjeta de identificación de CBIC con su foto, llame al número de teléfono indicado más arriba para informarse sobre cómo obtener dicha tarjeta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha



To: Medical Assistance Program

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

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

NPA FS Office: \_\_\_\_\_

NPA FS  
Case Number: \_\_\_\_\_

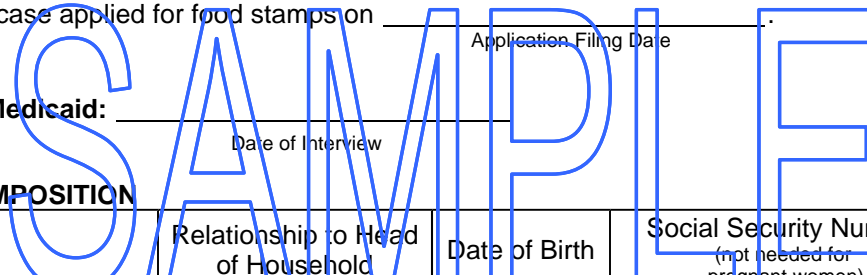
NPA FS  
Case Name: \_\_\_\_\_

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

**Referral for a Medicaid Eligibility Determination**

The above-named case applied for food stamps on \_\_\_\_\_  
Application Filing Date

**Applying for Medicaid:** \_\_\_\_\_  
Date of Interview



**HOUSEHOLD COMPOSITION**

Name	Relationship to Head of Household	Date of Birth	Social Security Number <small>(not needed for pregnant women)</small>	Sex (M/F)
	Self			

Include **all** adults with a legal relationship to applying children; do not include adults without a legal relationship.

**SHELTER**

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

Shelter Type (select one)	Monthly Expense	Name(s) of Individual(s) Paying Shelter Expense
Own Home	\$	
Private Apartment	\$	
Single Room Occupancy (SRO)	\$	
Other ( <i>specify</i> )	\$	

**INCOME**

**RESOURCES**

Income Source	Household Member	Gross Monthly Amount	Resources	Household Member	Value/ Amount
Employment		\$	Stocks, Bonds, CDs		\$
Retirement/Pension		\$	Checking Account		\$
Worker's Comp.		\$	Savings Account		\$
UIB		\$	Life Insurance Policy (face and cash value)		\$
NYS Disability		\$	Automobile		\$
Other		\$	Other		\$

**CURRENT CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES**

Child/Dependent Care Type	Household Member	Monthly Amount
		\$
		\$
		\$

**ILLNESS/INJURY**

Is anyone who is applying blind, disabled, handicapped or have a chronic illness or special health care need?

No  Yes If yes, list name and details: \_\_\_\_\_

Does anyone applying have an injury, illness or disability that was caused by someone else or that could be covered by insurance other than health insurance (such as homeowner's or auto insurance)?

No  Yes If yes, list name and details: \_\_\_\_\_

Does anyone applying have unpaid or recently paid medical bills from the past three (3) months? (Medicaid or Child Health Plus A may be able to pay these bills.)

No  Yes If yes, list name and details: \_\_\_\_\_

**INSURANCE**

Name of Insurance Company: \_\_\_\_\_

Monthly Premium	Policy Number	Group Number	Insurance Code	HMO Indicator	Effective Date
\$					
Names of Persons Covered					
(1)			(3)		
(2)			(4)		

**CITIZENSHIP**

**Pregnant women do not have to complete this section. Almost all children are eligible for health insurance, regardless of immigration status listed below.**

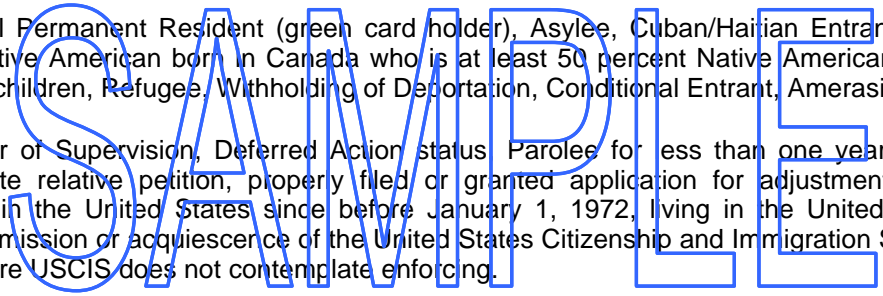
Is everyone who is applying a U.S. citizen?  No  Yes (If yes, do not complete the section below.)

If NO, please enter the following information for anyone applying for health insurance who is not a U.S. citizen (*answers to these questions will be kept confidential*). For each person check the appropriate status box. If the person belongs to category A or B (see category descriptions below), remember to enter the requested date in the last column.

Name	Status	(Earliest) Arrival Date in U.S.
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> None	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> None	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> None	

**Category A:** Legal Permanent Resident (green card holder), Asylee, Cuban/Haitian Entrant, Parolee for at least one year, Native American born in Canada who is at least 50 percent Native American, some battered immigrants and/or children, Refugee, Withholding of Deportation, Conditional Entrant, Amerasian.

**Category B:** Order of Supervision, Deferred Action status Parolee for less than one year, covered by an approved immediate relative petition, properly filed or granted application for adjustment of status, has continuously lived in the United States since before January 1, 1972, living in the United States with the knowledge and permission or acquiescence of the United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) and whose departure USCIS does not contemplate enforcing.



\_\_\_\_\_  
 Casehead's Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

\_\_\_\_\_  
 Name of Worker

\_\_\_\_\_  
 Date



To: Medical Assistance Program

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

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número de Caso \_\_\_\_\_  
NPA FS: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso \_\_\_\_\_  
NPA FS: \_\_\_\_\_  
CIN: \_\_\_\_\_

**Envío para Determinar Elegibilidad de Medicaid**

El caso mencionado más arriba ha solicitado cupones para alimentos el: \_\_\_\_\_

Fecha en que se Presentó la Solicitud

En trámite de solicitud para Medicaid: \_\_\_\_\_

Fecha de la Entrevista

**COMPOSICIÓN DEL HOGAR**

Nombre	Relación al Jefe de Familia	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social (no es requerido a las mujeres embarazadas)	Sexo (M/F)
	Sí-mismo			

Incluya a **todos** los adultos que estén relacionados legalmente a los niños que solicitan; de otra manera no los incluya.

**VIVIENDA**

Dirección del Hogar: \_\_\_\_\_

Tipo de Vivienda (indique una)	Gastos Mensuales	Nombre(s) de Persona(s) que Paga(n) Gastos de Vivienda
Hogar Propio	\$	
Apartamento Privado	\$	
Vivienda de una sola habitación (SRO)	\$	
Otro ( <i>especifique</i> ):	\$	



**INGRESOS**

**RECURSOS**

Fuente de Ingreso	Miembro del Hogar	Cantidad Mensual Bruta	Recursos	Miembro del Hogar	Valor/Cantidad
Empleo		\$	Acciones, Bonos, CDs		\$
Retiro/Pensión		\$	Cuenta Corriente		\$
Compensacion de Empleo para el Trabajador		\$	Cuenta de Ahorros		\$
Beneficios de Desempleo		\$	Póliza de Seguro de Vida (valor nominal y en efectivo)		\$
NYS Incapacidad		\$	Automóvil		\$
Otras Fuentes		\$	Otros Recursos		\$

**GASTOS ACTUALES DE CUIDADO DE DEPENDIENTES/NIÑOS**

Tipo de Cuidado de Dependiente/Niños	Miembro del Hogar	Cantidad Mensual
		\$
		\$
		\$

**ENFERMEDAD/LESIONES**

¿Es uno de los solicitantes una persona ciega, incapacitada, inválida, o padece de una enfermedad crónica o de algún malestar que requiera cuidado médico especial?

No  Sí De ser así, escriba el nombre y detalle: \_\_\_\_\_

¿Padece uno de los solicitantes de una lesión, enfermedad o incapacidad que haya sido causada por otra persona o que la pueda cubrir otro seguro que no sea de salud (tal como el seguro de propietario de vivienda o seguro de vehículo)?

No  Sí De ser así, escriba el nombre y detalle: \_\_\_\_\_

¿Tiene uno de los solicitantes facturas sin pagar o recientemente pagadas de los últimos tres meses (Medicaid o Child Health Plus A puede saldarle esas cuentas)?

No  Sí De ser así, escriba el nombre y detalle: \_\_\_\_\_

**SEGURO**

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Prima Mensual	Número de Póliza	Número de Grupo	Código de Seguro	Índice de HMO	Fecha en Vigor
\$					
Nombres de las Personas en la Cobertura					
(1)			(3)		
(2)			(4)		

**CIUDADANÍA**

**Las mujeres embarazadas no tienen que llenar esta sección. Casi todos los niños son elegibles para seguro de salud, sin importar su estado de inmigración listado más abajo.**

¿Son todos los solicitantes ciudadanos estadounidenses?  No  Sí  
(De ser así, no llene la sección de abajo.)

De NO ser ciudadano, favor de proporcionar la siguiente información de todas las personas que solicitan seguro de salud y que no sean ciudadanos estadounidenses (*las respuestas a estas preguntas serán confidenciales*). Para cada persona marque la casilla de estado migratorio correspondiente. Si la persona pertenece a la categoría A o B (vea las descripciones de cada categoría más abajo), asegúrese de anotar la fecha requerida en la última columna.

Nombre	Estado Migratorio	(Más Temprana) Fecha de Entrada a los EE.UU.
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguno	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguno	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguno	

**Categoría A:** Residente Legal Permanente (usuario de tarjeta verde), Asilado, Inmigrante Cubano/Haitiano, Persona convicta en libertad provisional por menos de un año, Persona Indígena Americana nacida en Canada con un 50 por ciento de descendencia Indígena Norteamericana, algún inmigrante/niño maltratado, Refugiado, con Deportación Suspendida, Inmigrante Condicional, Asiático Americano.

**Categoría B:** Con orden de Supervisión, que aguarde una Medida Aplazada, persona en libertad provisional por menos de un año, amparado por una petición aprobada y presentada por un familiar cercano, solicitud presentada debidamente o que haya sido otorgada para ajuste de estado, persona que haya vivido continuamente en los Estados Unidos desde 1ero de enero del 1972, persona que viva en los Estados Unidos con el permiso y conocimiento o consentimiento del Departamento de Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (United States Citizenship and Immigration Services – USCIS) y cuya salida no sea procurada por el mismo departamento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe de Familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha



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

### Request for Contact on a Mailed or Faxed Application

We received your application for public assistance/food stamps on \_\_\_\_\_ Date

We received your application for food stamps only on \_\_\_\_\_ Date

We have scheduled an initial eligibility interview for you:

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

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

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

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

We have also enclosed the Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**). The eligibility factors that must be verified as a condition of eligibility have been checked. If you have any or all of the documents required to verify the checked eligibility factors, please bring them with you when you report to the above interview. If you have been determined to be eligible for expedited Food Stamp processing or think you may be eligible, please ensure that at the very least you bring proof of identity with you.

The food stamp in-office interview may be waived in hardship situations. Hardships generally include, but are not limited to, illness, transportation difficulties, care of a household member, prolonged severe weather or work or training hours that prevent you from coming during regular office hours.

If you cannot keep this appointment because of a scheduling conflict or you are homebound or are experiencing a hardship, please call \_\_\_\_\_ for a rescheduled appointment.

**Failure to keep an initial eligibility interview without good cause can result in the denial of your application.**

At this time and based on the information provided on your application, we have determined the following:

- We have found you eligible for expedited Food Stamp service. At the time of your initial interview, if you are determined eligible for Food Stamp benefits you will be issued benefits within five (5) days.
- We have determined your household to be ineligible for expedited Food Stamp service. At the time of your initial interview, if your situation has changed, we will reevaluate your household for expedited Food Stamp service. If you are found to be eligible for expedited service and are also eligible for Food Stamp benefits, you will be issued benefits within five (5) days.
- You did not provide enough information to determine eligibility for expedited Food Stamp service. However, at the time of your initial interview, we will evaluate your household for expedited Food Stamp service. If you are found to be eligible for expedited service and are also eligible for Food Stamp benefits, you will be issued benefits within five (5) days.

**Enclosure:** Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**).



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

### Petición de Contacto Respecto a una Solicitud Enviada por Correo o Fax

Recibimos su solicitud de asistencia pública/cupones para alimentos el \_\_\_\_\_  
Fecha

Recibimos su solicitud solo de cupones para alimentos el \_\_\_\_\_  
Fecha

Le hemos programado una entrevista de elegibilidad preliminar:

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Además hemos incluido el formulario Factores de Elegibilidad y Guía de Documentación Sugerida (**W-119D [S]**). Los factores que deben verificarse como condición de elegibilidad han sido marcados. Si usted tiene uno o todos los documentos requeridos para verificar los factores de elegibilidad que se han marcado, por favor traigalos a su entrevista cuando se presente a la misma al lugar indicado más arriba. Si se determina que usted es elegible para el trámite acelerado de Cupones para Alimentos o si usted considera que puede ser elegible, asegúrese de por lo menos traer con usted una prueba de identidad.

Es posible que la entrevista en persona no sea requerida si usted tiene una situación de extrema dificultad. Generalmente las situaciones de extrema dificultad incluyen, pero no están limitadas a, enfermedad, problemas de transporte, cuidado de un miembro del hogar, tiempo inicamente prolongado, o asistencia al trabajo o a capacitación durante horas laborables.

Si no puede acudir a esta cita por un conflicto de horario o porque usted está confinado(a) al hogar o por una dificultad extrema, por favor llame al \_\_\_\_\_ para programarle otra cita.

**El no acudir a la entrevista de elegibilidad preliminar sin motivo justificado puede resultar en el rechazo de su solicitud.**

De acuerdo a la información incluida en su solicitud, se ha determinado en esta ocasión lo siguiente:

- Hemos concluido que usted es elegible para el trámite acelerado de Cupones para Alimentos. Si durante su entrevista preliminar se determina que usted es elegible para beneficios de Cupones para Alimentos se le emitirán beneficios dentro de cinco (5) días.
- Hemos determinado que su hogar no es elegible para el trámite acelerado de Cupones para Alimentos. Si su situación cambia, volveremos a evaluar su hogar respecto al trámite acelerado de Cupones para Alimentos durante su entrevista preliminar. Si se determina que usted es elegible para el trámite acelerado y también para los beneficios de Cupones para Alimentos, se le emitirán beneficios dentro de cinco (5) días.
- Usted no proporcionó suficientes datos que ayudaran a determinar su elegibilidad para el trámite acelerado de Cupones para Alimentos, sin embargo, cuando usted se presente para su entrevista preliminar, evaluaremos si su hogar tiene derecho a dicho trámite. Si resulta elegible para el trámite acelerado y también para los beneficios de Cupones para Alimentos, se le emitirán beneficios dentro de cinco (5) días.

**Adjunto:** Factores de Elegibilidad y Guía de Documentación Sugerida (**W-119D [S]**).



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Date FS Filed: \_\_\_\_\_  
Due Date: \_\_\_\_\_

### Food Stamp Eligibility Interview Appointment Notice

This letter is to inform you that you must have an eligibility interview to determine your eligibility for ongoing Food Stamp Benefits.

**To receive Food Stamp Benefits on an ongoing basis**, you must verify the identify, birthdate and Social Security number of each person included on your Food Stamp Application. You will also need to verify income, residence, shelter costs, utility costs, household size, bank accounts and the status of all aliens included on your application.

**Note:** We will not deny your application for failure to produce any document that you are unable to provide. You may show us alternative documents or provide nondocumentary proof to establish your eligibility for assistance. Our staff will help you as much as they can by writing for documents and making phone calls or by verifying information provided by means other than the documentation submitted.

Please report for your eligibility interview as indicated below:

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

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

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

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

If you cannot keep this interview or if you miss the interview, call \_\_\_\_\_ as soon as possible to reschedule the appointment.  
(Telephone Number)

We have included with this notice the Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**), which lists some of the more common documents that can be used to verify each of the applicable eligibility factors.

**If you have any questions** regarding documentation or verification, you may call \_\_\_\_\_ for assistance.  
(Telephone Number)

**Enclosure:** Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**)



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Fecha de Solicitud  
para FS: \_\_\_\_\_  
Fecha de Entrega: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cita de Elegibilidad de Cupones para Alimentos

Por el presente le informamos de que usted debe entrevistarse para que se determine su elegibilidad respecto a Beneficios continuos de Cupones para Alimentos.

**Para recibir Beneficios de Cupones para Alimentos de modo continuo**, usted tiene que presentar comprobantes de identidad, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, tanto suyos como de toda persona incluida en su Solicitud de Cupones para Alimentos. También tiene que proporcionar comprobantes de su ingreso, residencia, costos para refugio, costos de servicios de electricidad y gas, número de miembros del hogar, cuentas bancaras, y estado legal de todos los extranjeros incluidos en su solicitud.

**Nota:** No le negaremos su solicitud por usted no poder proporcionar determinado documento. En tal caso, nos puede mostrar otros documentos o proporcionar otras pruebas (aparte de documentos) para establecer su elegibilidad respecto a asistencia. Nuestro personal hará todo lo posible para ayudarle a solicitar documentos por escrito, a realizar llamadas telefónicas, o a comprobar la información proporcionada por otros medios que no sean los documentos presentados.

Favor de presentarse a su entrevista de elegibilidad tal como se indica a continuación:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Si no puede asistir a esta entrevista o si falta a ella, llame al \_\_\_\_\_ lo antes posible para reprogramar una cita.  
(Número de Teléfono)

Hemos adjuntado a este aviso la Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida (**W-119D [S]**), en la cual aparece una lista de algunos de los documentos más comúnmente utilizados para verificar cada uno de los factores de elegibilidad.

**Si tiene alguna pregunta** o necesita ayuda respecto a la documentación o comprobantes antemencionados, puede llamar al \_\_\_\_\_  
(Número de Teléfono)

**Adjunto:** Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida (**W-119D [S]**)



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

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

# Language Questionnaire

**IMPORTANT:** Please read this notice and indicate your speaking and reading language preferences. If you do not speak English well, the Human Resources Administration (HRA) can provide free interpreter services for you at an HRA office. This form must be completed and returned with the application/recertification papers.

Print Name: \_\_\_\_\_  
Name M.I. Last Name

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

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

What is your preferred spoken language? Please select **ONE** only.

- |  |   |                                   |                                     |                                     |
|--|---|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Albanian          | <input type="checkbox"/> French         | <input type="checkbox"/> Hindi    | <input type="checkbox"/> Laotian    | <input type="checkbox"/> Thai       |
| <input type="checkbox"/> Arabic            | <input type="checkbox"/> German         | <input type="checkbox"/> Italian  | <input type="checkbox"/> Polish     | <input type="checkbox"/> Urdu       |
| <input type="checkbox"/> Chinese-Cantonese | <input type="checkbox"/> Greek          | <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Portuguese | <input type="checkbox"/> Vietnamese |
| <input type="checkbox"/> Chinese-Mandarin  | <input type="checkbox"/> Haitian-Creole | <input type="checkbox"/> Khmer    | <input type="checkbox"/> Russian    | <input type="checkbox"/> Yiddish    |
| <input type="checkbox"/> Farsi             | <input type="checkbox"/> Hebrew         | <input type="checkbox"/> Korean   | <input type="checkbox"/> Spanish    | <input type="checkbox"/> English    |
| <input type="checkbox"/> Other: _____      |   |                                   |                                     |                                     |

Do you require free interpreter services?  Yes  No

Written notices can be sent in the languages listed below. Please select **ONE** only. If your preferred language is not listed, please check () English.

- |                                  |   |                                  |                                  |
|----------------------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arabic  | <input type="checkbox"/> Haitian-Creole | <input type="checkbox"/> Russian | <input type="checkbox"/> English |
| <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Korean         | <input type="checkbox"/> Spanish |                                  |

Click here to insert a picture

Applicant/Participant's Signature

Date

(Include in the Application/Recertification kit)



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

Número del Caso: \_\_\_\_\_

### Cuestionario Respecto al Idioma

**IMPORTANTE:** Por favor lea este aviso e indique el idioma que usted prefiere hablar y leer. Si no habla bien el inglés, la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) le puede proveer gratuitamente servicios de intérprete en una de sus oficinas. Este formulario debe llenarse y devolverse con todos los documentos para la solicitud/recertificación.

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ I. Apellido \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

¿Qué idioma prefiere hablar? Por favor elija sólo **UNO**.

- |   |  |                                   |                                    |                                    |
|---|--|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Albanés        | <input type="checkbox"/> Francés         | <input type="checkbox"/> Hindi    | <input type="checkbox"/> Laosiano  | <input type="checkbox"/> Tailandés |
| <input type="checkbox"/> Árabe          | <input type="checkbox"/> Alemán          | <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Polaco    | <input type="checkbox"/> Urdu      |
| <input type="checkbox"/> Chino-Cantonés | <input type="checkbox"/> Griego          | <input type="checkbox"/> Japonés  | <input type="checkbox"/> Portugués | <input type="checkbox"/> Vietnamés |
| <input type="checkbox"/> Chino-Mandarín | <input type="checkbox"/> Creole-Haitiano | <input type="checkbox"/> Khmer    | <input type="checkbox"/> Ruso      | <input type="checkbox"/> Yidish    |
| <input type="checkbox"/> Persa          | <input type="checkbox"/> Hebreo          | <input type="checkbox"/> Coreano  | <input type="checkbox"/> Español   | <input type="checkbox"/> Inglés    |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____    |  |                                   |                                    |                                    |

¿Necesita servicios de intérprete gratuitos?  Sí  No

Se pueden enviar avisos por escrito en los idiomas listados a continuación. Por favor elija sólo **UNO**. Si el idioma que prefiere no figura entre los listados más abajo, por favor marque () inglés.

- |                                |  |                                  |                                 |
|--------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Creole-Haitiano | <input type="checkbox"/> Ruso    | <input type="checkbox"/> Inglés |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Coreano         | <input type="checkbox"/> Español |                                 |

Click here to insert a picture

Firma del Solicitante/Participante

Fecha

(Adjunte al paquete de Solicitud/Recertificación)





### Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE) Referral

Forward original to: **Office of Quality Assurance**  
**Attention: D. Rosario**  
180 Water Street - 6th Floor  
New York, NY 10038

OR

**SAVE Liaison**

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

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

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

Application

Recertification

Other Contact

#### One Clearance Per Referral

We are requesting a **SAVE** clearance on the following individual:

<p>As Name _____ Alien N _____</p>	
<p>ase m _____ Date Entry/Date Status Granted _____</p>	
<p>SAVE clearance for: (Individual's Name) (as it appears on alien registration card)</p> <p>_____</p>	<p>Date of Birth</p> <p>____/____/____</p> <p>Month Day Year</p>

\* Enclose copy of alien registration card immigration stamp on passport or other pertinent immigration documentation useful to facilitate this request

SAVE request is required to verify the following checked item(s). Please check for type of request.

- Verification of Alien Registration Number
- Date of entry/Date status was granted
- Admitting immigration status (Refugee, Asylee, etc.)
- Verification of current immigration status
- Citizenship verification
- Country of birth
- Other: \_\_\_\_\_

Worker's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Supervisor's Name: \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_