



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 #06-59-OPE

REVISION OF THE NOTICE OF RECERTIFICATION APPOINTMENT (W-908T)

Date: April 14, 2006	Subtopic(s): Recertification
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The Notice of Recertification Appointment (W-908T) has been revised into a generic format that will be used by all program areas responsible for recertifying public assistance (PA) cases for continued assistance. The new W-908T will accommodate the following types of recertification appointments:</p> <ol style="list-style-type: none">1. In-Office2. Video Conferencing3. Home Visit – Contact made with the Participant4. Home Visit – No contact made with the Participant5. Residential Treatment Service Center (RTSC) mail appointments6. Bureau of Eligibility Verification (BEV) – Center 17 *7. Bureau of Eligibility Verification (BEV) – Other *8. HIV/AIDS Services Administration (HASA) mail appointments <p>* BEV will not be able to use the new form until POS and NYCWAY are compatible with each other.</p> <p>In addition:</p> <ul style="list-style-type: none">• the “Child Care Notice” paragraph has been revised to remove the reference to the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B); and• a statement with a text box was added to require all adults 18 years of age and older to either be present at the interview (face to face interviews) and/or complete, sign and return the recertification application (mail-in recertifications). <p>Attachment:</p> <p>W-908T Notice of Recertification Appointment (Rev. 4/14/06)</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*



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Caseload: _____
Worker Name: _____
Worker Phone: _____
FH&C Phone: _____
Recertification
Process: _____

Notice of Recertification Appointment

This letter is to inform you that in order to assist us in determining if you continue to be eligible for the receipt of public assistance, medical assistance and/or food stamps, you must be recertified as follows:

1 _____

SAMPLE

Your Recertification will take place:

Date: _____ Time: _____
Location: _____
Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Other:

2 _____

To reschedule your interview

Phone Number: _____

3 _____

The following adult individuals, who according to our records are 18 years of age or older,

4 _____

First Name	Middle Name	Last Name

Be sure to read the "Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits" section of the W-908T Insert attached to this notice.

Depending on the program(s) for which you are recertifying, you will need to provide information on and proof of the items checked below that explain your current situation and how it has changed. If you need any help getting this proof, please let your Worker know as soon as possible.

If the Center you report to requires a paper recertification application, it will be provided to you when you arrive for your interview. If you are reporting to a Center that uses a paperless computer system, your recertification application will be completed and filed on the computer. You will be assisted with this electronic recertification process. Regardless of how you file your recertification application, you must provide all documents requested in this appointment notice at the time of your face-to-face interview or through the mail-in interview process.

Public Assistance: Proof of Documents – You will need to:

- provide information about the people in your home;
- prove that the people who get assistance live in your home;
- show proof of expenses (such as rent, utilities, child care);
- show proof of any income you get;
- show proof of any assets you have;
- show proof of any changes in your living situation, such as change in household size.

Food Stamp Benefits Documents – You will need to provide current proof of any of the following that apply:

- earned income for the past four (4) weeks;
- any change of \$100 or more in the amount of your household's monthly unearned income;
- any medical expenses since you last applied or were recertified for anyone in your household who is 60 years of age or older or disabled;
- any change in your living situation such as changes in income, resources, shelter (rent, utility, heat, telephone, etc.), family size, child care costs and any other changes.

In addition, you also must comply with the requirement(s) checked below:

- The following case member, _____, must be finger-imaged. Arrangements will be made at the interview to have him/her finger-imaged.
- Our records show that _____ will be 18 years old next month. You must provide a letter from his/her school showing his/her expected date of graduation.
- We have not verified school attendance for:

First Name	Middle Name	Last Name

You must go to the school and obtain verification for the above-named individual(s). You do not need to obtain school verification for anyone not listed.

- Our records indicate you receive benefits under the case category of Family Assistance (FA) and that you and/or other adult members of the household have received 58 months or more of cash assistance (indicated in the Number of Months of Cash Assistance Used box on the next page). Your case category will be assessed at recertification.

Time Limit Count – Federal and State laws set a time limit on cash assistance for all adults.*

Our records show that the case member listed below has used the number of trackable months of assistance as follows:

Case Member	CIN	Case Type	Number of Months of Cash Assistance Used	As of Date

*** Minor children are exempt from time limit count UNLESS they are the head of the household.**

A minor child is considered to be a head of household when s/he is grantee of his/her own family. A minor child who resides in an adult-supervised living arrangement in which payment is made to a person who is not the minor and who is responsible for the disposition of the funds shall not be considered a "head of household" and shall not be tracked toward the time limit while residing in such an arrangement as a minor.

A minor child who is NOT the head of the household is an individual who is not yet 18 years old or who is between the ages of 18 and 19 and is a full-time student in a secondary school or in the equivalent level of vocational or technical training.

Child Care Notice

To participate in a work activity, if you have children under the age of 13, you may need to make child care arrangements. If you have a child care provider, have him/her complete the child care provider enrollment form, **which is being sent to you in a separate envelope**, and submit it with your recertification application.

Other Information

- Provide Social Security number for _____
- Provide verification of birth for _____
- Our records show that you received contributions for excess rent and/or tuition or other household expenses. Submit verification from the person who is making the contributions.
- We have received information showing a discrepancy in your residential address. Please furnish verification of address from your landlord or housing manager. Homeowners should supply deed and mortgage statements.
- Furnish current information regarding _____
- We have received information that _____ was married. The new spouse must

5

verification of his/her income and resources.

- We have received information from the Social Security Administration that you or another member of your household is receiving Supplemental Security Income (SSI) or Retirement Survivors Disability Income (RSDI). Bring your award letters or copy of your most recent check to the interview.
- We have received information from the New York State Department of Labor that you or another member of your household is receiving Unemployment Insurance Benefits (UIB). Please bring your UIB award letter.

We have received information that indicates that you or another member of your household have/has money on deposit as follows:

Name	Bank/Financial Institution	Account Number	Amount

We have received information:

that ... is/was employed during ...	Year
SAMPLE	

We require information of both past and present employment (pay stubs, letter from employer). If no longer employed, you must provide proof.

Other:

What happens if I do not

6

Public Assistance – If you do not

7

we will think that you do not want public assistance. We will then close your public assistance case and send you a notice informing you of the closing date. This decision is based on 18 NYCRR § 351.22.

Medical Assistance – A face-to-face interview is not required to continue your medical assistance. However, you must report any changes in address, income, resources or household size to this department.

Food Stamp Benefits – If you submit your recertification application by _____ and are still eligible, you will receive uninterrupted Food Stamp benefits. However, you will not get Food Stamp benefits after

Last Day of Certification Period

_____ unless you are recertified. If you, a member of your household or your authorized representative do not

8

you will not get Food Stamp benefits unless you apply again and are eligible. If any proof is still needed after

9

you will be told what you need to submit and you will have at least ten (10) days to submit it. This decision is based on 18 NYCRR § 387.17.

What If I No Longer Want or Need Assistance?

If you do not want or need public assistance, Food Stamp benefits and/or medical assistance, please tell us. If you want any of these benefits to stop, check the box(es) below next to the benefit(s) and tell us the reason why. It is important for you to tell us why you want your case closed because, depending on the reason, you may be able to get medical assistance for up to a year. You may also be able to get help with your child care expenses.

If you check any of the box(es) below, sign, date and send this form to the address of the Job Center listed on page 1 of this form.

SAMPLE

- I do not want or need PUBLIC ASSISTANCE. (If you check this box but still want Food Stamp Benefits, you must submit a recertification application in the manner explained in the Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits section of the **W-908T Insert** attached to this notice. Your medical assistance will continue unless you also check the next box.)
- I do not want MEDICAL ASSISTANCE.
- I do not want FOOD STAMP BENEFITS.

Reason:

Participant's Signature

Case Number

Date Signed

**BE SURE TO READ THE ATTACHED INSERT
FOR YOUR INTERVIEW/APPLICATION RIGHTS FOR FOOD STAMP BENEFITS AND
CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION**



Fecha: _____
Número de Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Nombre del Trabajador: _____
Teléfono del Trabajador: _____
Teléfono de FH&C: _____
Proceso de Recertificación: _____

Aviso de Cita de Recertificación

Esta carta es para informarle de que para que podamos determinar si usted aún es elegible respecto a asistencia pública, asistencia médica y/o cupones para alimentos, se tiene que recertificar como se indica a continuación:

1

Su Recertificación tomará lugar en:

Fecha: _____ Hora: _____
Local: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Otro:

2

Para cambiar su cita

Número de Teléfono: _____

3

Los siguientes adultos que de acuerdo a nuestros archivos tienen 18 años de edad o más,

4

Nombre	Segundo Nombre	Apellido

Asegúrese de leer la sección "Derechos sobre Beneficios de Cupones para Alimentos en la Solicitud y Entrevista" del W-908T (S) Insert adjunto a este aviso.

De acuerdo al programa(s) para el/los que necesite recertificarse, usted tendrá que proporcionar información y pruebas de los asuntos marcados a continuación que explican su situación actual y como ha cambiado. Si necesita cualquier ayuda para obtener dichas pruebas, favor de informar a su Trabajador lo más pronto posible.

Si el Centro al que usted se presente lo requiere, se le proveerá una solicitud en papel cuando llegue a su entrevista de recertificación. En cambio, si usted se presenta a un Centro con sistema electrónico computarizado, su solicitud de recertificación será procesada por computadora y se le brindará ayuda con dicho proceso electrónico de recertificación. Sin importar como usted presente su solicitud de recertificación, tiene que proporcionar todos los documentos solicitados en este aviso de cita al presentarse a su entrevista en persona o si se entrevista por correo.

Asistencia Pública: Documentos Comprobantes – Usted tendrá que:

- dar información sobre las personas en su hogar;
- probar que las personas que reciben asistencia viven en su hogar;
- presentar pruebas de gastos (tales como el alquiler, electricidad y/o gas, cuidado infantil);
- presentar pruebas de todo ingreso que reciba;
- presentar pruebas de todo bien que posea;
- presentar pruebas de cualquier cambio en su situación de vivienda, tal como el número de miembros de su hogar.

Documentos de Beneficios de Cupones para Alimentos – Usted tendrá que proporcionar pruebas actuales de lo siguiente, si corresponde:

- ingreso salarial de las últimas cuatro (4) semanas;
- algún cambio de \$100 o más en la cantidad de los ingresos mensuales no salariales del hogar;
- algún gasto médico después de su última solicitud o recertificación para cualquier persona incapacitada o de 60 años de edad o mayor en su hogar;
- algún cambio en su situación de vivienda, tal como en su ingreso, recursos, vivienda (alquiler, electricidad y/o gas, calefacción, teléfono, etc.), tamaño de la familia, gastos de cuidado infantil o cualquier otro cambio.

Además, tiene que cumplir el/los requisito(s) marcado(s) más abajo:

- Al siguiente miembro del caso, _____, se le tienen que tomar imágenes digitales. Durante la entrevista se harán arreglos para ello.
- Nuestros archivos indican que _____ cumplirá los 18 años de edad el próximo mes. Necesitamos una carta de la escuela que muestre la fecha anticipada de su graduación.
- No hemos verificado asistencia escolar de:

Nombre	Segundo Nombre	Apellido

Usted tiene que ir a la escuela y obtener verificación con respecto a la(s) persona(s) citadas más arriba. No necesita hacerlo para ninguna persona no citada.

- Nuestros archivos indican que usted recibe beneficios bajo la categoría de Asistencia Familiar (Family Assistance – FA) y que usted y/u otros adultos miembros del hogar han recibido asistencia en efectivo por 58 meses o más (como indicado en la casilla de Número de Meses que se Usó Asistencia de Dinero en Efectivo en la página siguiente). La categoría de su caso será reevaluada en la recertificación.

Cálculo para el Límite de Tiempo – Las leyes Federales y Estatales establecen un límite de tiempo respecto a la asistencia de dinero en efectivo que puede recibir cualquier adulto*.

Nuestros archivos indican que el miembro del caso que aparece más abajo ha utilizado el siguiente número de meses de asistencia bajo seguimiento:

Miembro del Caso	CIN	Tipo de Caso	Número de Meses que se Usó Asistencia de Dinero en Efectivo	Desde

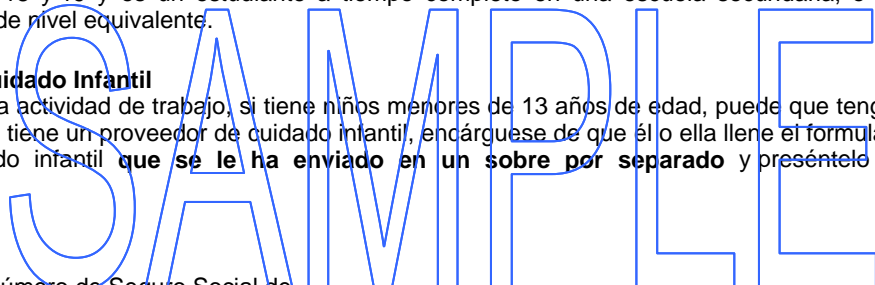
*** Los niños menores de edad son exentos del cálculo para límite de tiempo, A MENOS QUE estos sean jefes de familia.**

Se considera que un niño menor de edad es jefe de familia si es el donatario de su propia familia. Un niño menor de edad que reside bajo un arreglo de alojamiento supervisado por un adulto, en el que los pagos los recibe dicha persona en lugar del menor, y la cual se responsabiliza en administrar los fondos, no será considerado "jefe de familia" y por lo tanto no estará bajo el seguimiento de límite de tiempo mientras resida bajo el arreglo de alojamiento supervisado como menor de edad.

Un niño menor de edad que NO es jefe de familia es alguien que todavía no ha cumplido los 18 años de edad, o que está entre las edades de 18 y 19 y es un estudiante a tiempo completo en una escuela secundaria, o está en una escuela vocacional o técnica de nivel equivalente.

Aviso respecto a Cuidado Infantil

Para participar en una actividad de trabajo, si tiene niños menores de 13 años de edad, puede que tenga que hacer arreglos de cuidado infantil. Si tiene un proveedor de cuidado infantil, encárguese de que él o ella llene el formulario de inscripción del proveedor de cuidado infantil que se le ha enviado en un sobre por separado y presénteles con su solicitud de recertificación.



Otros Datos

- Proporcione el número de Seguro Social de _____
- Facilite verificación de nacimiento de _____
- Según nuestros archivos usted ha recibido contribuciones por exceso de alquiler, y/o matrícula escolar u otros gastos domésticos. Presente comprobantes por parte de la persona contribuyente.
- Hemos recibido información con discrepancias respecto a su dirección residencial. Favor de proporcionar comprobante de la dirección por parte de su casero o director de vivienda. Los dueños de vivienda deben facilitar el título de la propiedad y la escritura hipotecaria.
- Proporcione datos actuales respecto a _____
- Hemos recibido información de que _____ ha contraído matrimonio. El/la nuevo(a) cónyuge debe

5

comprobantes de su ingreso y recursos económicos.

- Hemos recibido información de parte de la Administración de Seguro Social (Social Security Administration) que indica que usted u otro miembro de su hogar recibe Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income – SSI) o Ingreso de Retiro para Sobrevivientes o Incapacitados (Retirement Survivors Disability Income – RSDI). Traiga a la entrevista sus cartas de asignaciones o concesiones o copias de su más reciente cheque.
- Hemos recibido información de parte del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (New York State Department of Labor) que indica que usted u otro miembro de su hogar recibe Subsidio de Desempleo (Unemployment Insurance Benefits – UIB). Favor de traer su carta de concesión de UIB.

Hemos recibido información que indica que usted u otro miembro de su hogar tiene dinero depositado según aparece a continuación:

Nombre	Banco/Institución Financiera	Número de Cuenta	Cantidad

Hemos recibido información:

de que ... está/estuvo empleado durante ...	Año

Necesitamos datos respecto a ambos el empleo pasado y el presente (talones de paga, carta por parte del empleador). Si ya no trabaja, usted debe presentar comprobante de ello.

Otro:

¿Qué sucede si no

6

Asistencia Pública – Si usted no

7

supondremos que no desea asistencia pública, por lo cual, le cerraremos su caso de asistencia pública y le enviaremos un aviso informándole la fecha del cierre. Esta decisión se basa en 18 NYCRR § 351.22.

Asistencia Médica – Una entrevista en persona no es requerida para continuar su asistencia médica. Sin embargo, usted tiene que reportar a este departamento cualquier cambio en su dirección, ingresos, recursos o número de miembros en la familia.

Beneficios de Cupones para Alimentos – Si es elegible y presenta su solicitud de recertificación antes del _____ recibirá beneficios de Cupones para Alimentos sin interrupción. Sin embargo, usted no
Último Día del Período de Certificación

recibirá beneficios de Cupones para Alimentos después del _____ a menos que se recertifique.
Último Día del Período de Certificación

Si usted, un miembro de su hogar, o su representante autorizado no

8

no recibirá beneficios de Cupones para Alimentos a menos que solicite de nuevo y sea elegible. Si aún se necesitan más pruebas después de

9

se le informará lo que necesita presentar y se le dará por lo menos diez (10) días para presentar las pruebas. Esta decisión se basa en 18 NYCRR § 387.17.

¿Qué Sucede Si no Necesito ni Deseo Asistencia?

Favor de informarnos si usted no desea o no necesita asistencia pública, beneficios de Cupones para Alimentos y/o asistencia médica. Si usted desea que alguno de estos beneficios sean suspendidos, marque la(s) casilla(s) más abajo al lado del beneficio(s) y díganos la razón por lo cual lo ha decidido. Es importante que nos diga el motivo por el cual desea cerrar su caso, debido a que según el motivo tal vez pueda recibir asistencia médica hasta por un año. Además tal vez pueda obtener ayuda con sus gastos de cuidado infantil.

Si usted marca alguna(s) de las casilla(s) más abajo, firme, feche y envíe a la dirección del Centro de Trabajo indicado en la primera página de este formulario

- Yo no deseo ni necesito ASISTENCIA PÚBLICA. (Si usted marca esta casilla pero todavía desea Beneficios de Cupones para Alimentos usted debe presentar la solicitud de recertificación en la manera explicada en la sección de Derechos sobre Beneficios de Cupones para Alimentos en la Solicitud y Entrevista del **W-908T Insert [S]** adjunto a este aviso. Su asistencia médica continuará a menos que también marque la siguiente casilla.)
- Yo no deseo ASISTENCIA MÉDICA.
- Yo no deseo BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS.

Razón:

Firma del Participante

Número del Caso

Fecha de la Firma

ASEGÚRESE DE LEER LA HOJA ADJUNTA PARA SABER SUS DERECHOS DE ENTREVISTA/SOLICITUD RESPECTO A BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS Y PARA INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIA Y AUDIENCIA IMPARCIAL