



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 #07-08-EMP

REVISIONS TO EXP-76G

Date: January 22, 2007	Subtopic(s): Eligibility, Employment
<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 the Grant Diversion Program Participant Statement of Understanding (EXP-76G) has been revised as follows;</p> <ul style="list-style-type: none">• The title of the EXP-76G has been changed from “Grant Diversion Program Participant Statement of Understanding” to “Grant Diversion Program Statement of Understanding for Parks Opportunity Program Participants;”• Parks Opportunity Program has been entered in the space that was previously left blank for the purposes of entering the name of the employer participating in the Grant Diversion Program;• The hourly wage was changed from \$8.16 to \$8.48 per hour. This increase is effective February 2007;• Based on the increased hourly wage, the semimonthly earned income was changed from \$707.15 to \$734.88;• The acronym “POP” has been removed from statements 5 thru 8;• In statement 9, reference to “Grant Diversion Program” has been replaced with “Parks Opportunity Program”. <p>Samples of the forms are attached.</p> <p>Center Directors must ensure that all previous versions of these forms are removed from circulation and recycled.</p> <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:

- EXP-76G** Grant Diversion Program Statement of Understanding for Parks Opportunity Program Participants (Rev. 1/22/07)
- EXP-76G (S)** Grant Diversion Program Statement of Understanding for Parks Opportunity Program Participants (Spanish) (Rev. 1/22/07)



Grant Diversion Program Statement of Understanding for Parks Opportunity Program Participants

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

Participant Address: _____ Telephone No.: _____
Address Line 1
Address Line 2
City State Zip Code

I understand that I have been enrolled in the Grant Diversion Program (GDP) for _____ months. The GDP provides subsidized employment which can include, but is not limited to, on-the-job training. My participation in the GDP means that my public assistance (PA) grant will be diverted to the employer in exchange for on-the-job training and a semimonthly salary.

I will be employed with the Parks Opportunity Program (POP). In connection with my participation in the GDP, I have been advised and agree that:

SAMPLE

1. For purposes relating to work requirements, I shall be considered **employed full time**.
2. I am required to work a total of **40 hours** per week and I will be paid \$ 8.48 per hour. If I am unable to work the full 40 hours per week, my salary will be reduced to reflect only the hours I have worked.
3. Earned income in the amount of \$ 734.88 semimonthly will be budgeted toward both my PA and Food Stamp (FS) grants. I am responsible for paying my own rent and transportation expenses. Any permanent changes in my earned income must be reported to my Job Center within ten (10) business days from the end of the month to request a supplement.
 - If I miss work because of a documented illness or other emergency beyond my control and my pay is reduced below the amount of my household needs, I may be eligible to receive a supplemental grant from FIA. I must request a supplement at my assigned GDP Job Center within ten (10) business days after the month of receipt of the reduced paycheck. I understand that in most cases, my earned semimonthly wages will exceed my PA grant. I also understand the Food Stamp program does not recognize temporary changes in income and, therefore, no supplemental FS grant will be issued for my absences.
 - I understand that if I am eligible, the amount of the supplemental grant will only be in the amount necessary to meet my household's needs and not the amount of the reduction of my paycheck.
4. I am required to attend ___ full day(s) or ___ hours of paid job search per week.
5. I am still required to keep all mandatory PA appointments (example: face-to-face appointments). If I do not attend all mandatory appointments, my PA case will be affected and I will become ineligible to participate in the Grant Diversion Program.
6. My eligibility for medical assistance will not be affected during the period in which I am participating in the Grant Diversion Program.
7. In the event that I request a Fair Hearing and aid continuing because I disagree with the budgeting of my PA grant, my participation in the Grant Diversion Program will be terminated and, along with it, my salary unless I withdraw my request for aid continuing.

8. Participation in a housing subsidy program will disqualify me from participation in the Grant Diversion Program.
9. If for any reason my subsidized employment with the Parks Opportunity Program ends, I must notify my assigned Job Center Parks Department Unit within ten (10) days of the termination.
10. I may be subject to reduction or termination of my PA and FS benefits if without good cause, I:
 - Refuse an offer of permanent employment; or
 - Voluntarily terminate employment; or
 - Bring about my own termination from employment.

If I willfully and without good cause refuse or fail to comply with a public assistance work activity, I will be subject to reduction or termination of my public assistance benefits in accordance with 18 NYCRR §385.12.

SAMPLE

Participant's Signature

Date

If there are any problems with your case, such as a child care emergency or other emergency or if you have any question regarding your PA budget, please call the _____ Job Center Parks Department Unit at _____.



Programa de Reasignación de Concesión Declaración de Acuerdo de Participantes del Parks Opportunity Program

Nombre del Participante: _____
Nombre I. Apellido
Número del Caso: _____
Num. de Teléfono: _____

Dirección del Participante: _____
Línea de Dirección 1
Línea de Dirección 2
Ciudad Estado Código Postal

Entiendo que he sido inscrito en el Programa de Reasignación de Concesión (Grant Diversion Program – GDP) por _____ meses. El GDP provee empleo subsidiado que puede incluir, pero no se limita a, capacitación en el local de trabajo. Mi participación en el GDP significa que mi concesión de asistencia pública será reasignada al empleador a cambio de capacitación en el local de trabajo y un salario quincenal.

Seré empleado del Programa de Oportunidades en Parques (Parks Opportunity Program – POP). Con respecto a participación en el GDP, se me ha informado de que y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. En cuanto a requisitos de trabajo, seré considerado **empleado a tiempo completo**.
2. Se requiere que yo trabaje un total de **40 horas** a la semana y se me pagará \$8.48 la hora. Si no puedo trabajar las 40 horas completas a la semana, mi salario será reducido de acuerdo con las horas que haya trabajado.
3. Ingresos de trabajo de \$734.88 quincenales serán destinados al presupuesto de ambos mi concesión de asistencia pública y mis beneficios de Cupones para Alimentos. Tendré la responsabilidad del pago de mi propio alquiler y transporte. Cualquier cambio permanente en mis ingresos de trabajo tiene que ser reportado a mi Centro de Trabajo (Job Center) dentro de diez (10) días laborables a partir del fin del mes para poder solicitar un suplemento.
 - Si no asisto al trabajo debido a una enfermedad documentada u otra emergencia fuera de mi control, y mi sueldo se reduce a menos de la cantidad necesaria para cubrir mis gastos domésticos, puede que tenga derecho a recibir una concesión suplementaria de parte de FIA. Debo solicitar un suplemento en el Centro de Trabajo GDP que se me ha asignado dentro de diez (10) días después del mes en que reciba mi cheque de paga reducido. Entiendo que en la mayoría de las situaciones, mi sueldo de trabajo quincenal excederá mi concesión de asistencia pública. También tengo entendido que el programa de Cupones para Alimentos no reconoce los cambios temporarios de ingreso, por lo tanto, no se otorgarán concesiones suplementarias de cupones para alimentos en razón de las ausencias.
 - Entiendo que si soy elegible, la cantidad de la concesión suplementaria sólo será la necesaria para satisfacer los gastos de mi hogar y no la cantidad reducida de mi cheque de paga.
4. Se requiere que yo participe a cambio de pago por ____ día(s) completo o ____ horas a la semana en búsqueda de trabajo.
5. Aún se requiere que yo asista a todas las reuniones obligatorias de asistencia pública (por ejemplo: citas en persona). Si no cumpla todas mis citas obligatorias, mi caso de asistencia pública se verá afectado y no tendré derecho a participar en el Programa de Reasignación de Concesión (GDP – Grant Diversion Program).
6. Mi elegibilidad respecto a asistencia médica no será afectada durante el período en el cual yo participe en el Programa de Reasignación de Concesión (GDP – Grant Diversion Program).
7. En caso de que yo solicite una Audiencia Imparcial y asistencia continua por estar en desacuerdo con el presupuesto de mi concesión de asistencia pública, mi participación en el Programa de Reasignación de Concesión (GDP – Grant Diversion Program), se terminará a la misma vez que mi salario, a menos que yo retire mi petición de asistencia continua.

8. La participación en un programa de vivienda subsidiada me descalificará de participar en el Programa de Reasignación de Concesión (GDP – Grant Diversion Program).
9. Si por alguna razón mi empleo subsidiado con el Parks Opportunity Program se termina, le dejaré saber a mi Centro de Trabajo GDP dentro de los diez (10) días de haberse terminado el empleo.
10. Mi asistencia pública y beneficios de Cupones para Alimentos pueden ser reducidos o terminados si, sin motivo justificado yo:
 - Rechazo una oferta de empleo permanente; o
 - Dejo el empleo voluntariamente; o
 - Causo la terminación de mi empleo.

Si rehuso cumplir o falto sin motivo justificado o intencionadamente a una actividad de trabajo de asistencia pública, estaré sujeto a la reducción o terminación de mis beneficios de asistencia pública conforme a 18 NYCRR §385.12.

SAMPLE

Firma del Participante

Fecha

Si surge alguna dificultad con su caso de cuidado infantil u otra emergencia, o si tiene preguntas respecto al presupuesto de su asistencia pública, por favor llame a la Unidad de Programa de Parques del Centro de Trabajo al _____.