



# 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 #07-107-OPE

### REVISIONS TO THE NOTICE TO REDUCE PUBLIC ASSISTANCE AND/OR FOOD STAMP BENEFITS DUE TO RECEIPT OF SOCIAL SECURITY BENEFITS (M-328h)


<b>Date:</b> August 22, 2007	<b>Subtopic(s):</b> Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff at Job Centers that the <b>M-328h</b> has been revised to accommodate programming needs of Management Information Systems (MIS). The following changes have been made:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The title was changed to “Notice of Intent to Reduce Public Assistance and/or Food Stamp Benefits Due to Receipt of Social Security Benefits.”</li> <li>• On page 1, the text “The reason for this action is” and the box reserved for language indicating the reason were removed and replaced by the text:             <p style="margin-left: 40px;">“According to our records the following individual(s) in your household is/are in receipt of a Social Security payment from the Federal government and a Family Assistance/Safety Net Assistance (FA/SNA) grant from this Department:”</p> </li> <li>• A table to write the name of each household member in receipt of a Social Security benefit and the amount of the Social Security payment was added.</li> <li>• The text “We are required to budget the full Social Security benefit amount(s) for the above-named individual(s). The law(s) and/or regulation(s) that allow us to do this is/are 18 NYCRR § 352.29, § 352.32” was moved to the bottom of the form.</li> <li>• The Food Stamp section was moved from page 1 to page 2 and the regulations were changed from “18 NYCRR § 352.10, § 352.15” to “18 NYCRR § 387.10(b), 387.10(b) (3).”</li> </ul>

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*

- The Medical Assistance section was also moved to page 2.
- The Deadline and Continuing Your Benefits sections were moved from the Fair Hearing Request section, on page 3, to the State Fair Hearing section, on page 3.
- Formatting changes increased the form from 3 to 4 pages.

Center Directors must ensure that all previous versions of this form and their multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.

*Effective Immediately*

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

**Attachments:**

- |                   |   |
|-------------------|---|
| <b>M-328h</b>     | Notice of Intent to Reduce Public Assistance and/or Food Stamp Benefits Due to Receipt of Social Security Benefits (Rev. 8/22/07)           |
| <b>M-328h (S)</b> | Notice of Intent to Reduce Public Assistance and/or Food Stamp Benefits Due to Receipt of Social Security Benefits (Spanish) (Rev. 8/22/07) |



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
FH&C Telephone: \_\_\_\_\_

### Notice of Intent to Reduce Public Assistance and/or Food Stamp Benefits Due to Receipt of Social Security Benefits

**PUBLIC ASSISTANCE**

We intend to reduce your public assistance benefits from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, effective \_\_\_\_\_ (Date).

According to our records the following individual(s) in your household is/are in receipt of a Social Security payment from the Federal government and a Family Assistance/Safety Net Assistance (FA/SNA) grant from this Department:

First Name	M.I.	Last Name	Social Security Payment Amount

We are required to budget the full Social Security benefit amount(s) for the above-named individual(s).

The law(s) and/or regulation(s) that allow us to do this is/are 18 NYCRR § 352.29, § 352.32.

**FOOD STAMPS**

Effective \_\_\_\_\_, your Food Stamp benefits will change as follows:  
(Date)

Amount of current Food Stamp grant: \_\_\_\_\_

Amount of new Food Stamp grant: \_\_\_\_\_

The law(s) and/or regulation(s) that allow us to do this is/are 18 NYCRR § 387.10(b), § 387.10(b)(3).

**MEDICAL ASSISTANCE**

Medical assistance coverage will continue for all members of your household. You will continue to receive medical assistance authorization entitling eligible individuals to full services.

The law(s) and/or regulation(s) that allow us to do this is/are 18 NYCRR § 360-4.3, § 360-4.8.

Regulations require that you immediately notify this Department of any changes in needs, income, resources, living arrangements or address.

**SAMPLE**  
**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.**  
**BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION**  
**SECTION OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address below. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing. If you only ask for a conference, your benefits will not stay the same while you appeal. Your benefits will stay the same only if you ask for a State Fair Hearing. (See the Continuing Your Benefit[s] section.)

### STATE FAIR HEARING

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for public assistance, medical assistance or social service issues and ninety (90) days for Food Stamp issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

**Continuing Your Benefit(s):** Your benefit(s) will continue unchanged, until a Fair Hearing decision is issued, if you ask for a Fair Hearing before the effective date stated in this notice. However, Food Stamp benefits cannot be continued beyond the last date of your Food Stamp certification period if you failed to recertify your Food Stamp case (see 18 NYCRR § 353-3.6).

**How to Ask for a Fair Hearing:** If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, writing, fax, in person or online.

- (1) TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201  
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
**(518) 473-6735**.
- (4) IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either:  
**14 Boerum Place, Brooklyn** or **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**
- (5) ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**What to Expect at a Fair Hearing:** The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

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

**FAIR HEARING REQUEST**

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision. If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

SAMPLE

- I do not want to keep my benefits the same until the Fair Hearing decision is issued.
- I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

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

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

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



Fecha: \_\_\_\_\_  
 Número del Caso: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de FH&C: \_\_\_\_\_

**Aviso de la Intención de Reducir la Asistencia Pública y/o Beneficios de Cupones para Alimentos Debido al Recibimiento de Beneficios de Seguro Social**

**ASISTENCIA PÚBLICA**

Tenemos la intención de reducir sus beneficios de asistencia pública de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, a partir de \_\_\_\_\_ (Fecha).

Según nuestros archivos, el/los siguiente(s) miembro(s) de su hogar recibe(n) un pago de Seguro Social de parte del gobierno Federal y una concesión de Asistencia Familiar/Asistencia de Red de Seguridad (Family Assistance/Safety Net Assistance – FA/SNA) de parte de este Departamento:

Nombre	I.	Apellido	Cantidad del Pago de Seguro Social

Estamos obligados a incluir en el presupuesto la(s) cantidad(es) total(es) del beneficio de Seguro Social de cada persona nombrada más arriba.

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal manera es/son 18 NYCRR § 352.29, § 352.32.

### CUPONES PARA ALIMENTOS

A partir del \_\_\_\_\_, sus beneficios de Cupones para Alimentos cambiarán como sigue:  
(Fecha)

Cantidad del subsidio actual de Cupones para Alimentos: \_\_\_\_\_

Cantidad del nuevo subsidio de Cupones para Alimentos: \_\_\_\_\_

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal manera es/son 18 NYCRR § 387.10(b), § 387.10(b)(3).

### ASISTENCIA MÉDICA

La cobertura de asistencia médica continuará para todos los miembros de su hogar. Usted seguirá recibiendo autorización de asistencia médica, lo que le otorga derecho a las personas elegibles a servicios completos.

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal manera es/son 18 NYCRR § 360-4.3, § 360-4.8.

Conforme al reglamento usted debe notificar de inmediato a este departamento de cualquier cambio respecto a necesidades, ingreso, recursos, vivienda o dirección.

**SAMPLE**

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES  
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**



## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en **la primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que aparece más abajo. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial. Si sólo solicita una conferencia, sus beneficios no se mantendrán sin cambios durante su apelación. Para mantener sus beneficios sin cambios debe solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. (Refiérase a la sección Mantenimiento de Su[s] Beneficio[s].)

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

**Fecha Límite:** Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública, asistencia médica y servicios sociales, y noventa (90) días para asuntos de Cupones para Alimentos.

Si no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

**Mantenimiento de Su(s) Beneficio(s):** Su(s) beneficio(s) continuará(r) sin cambios, hasta que se emita la decisión por parte de la Audiencia Imparcial, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de entrada en vigor indicada en el presente aviso. Sin embargo, los Beneficios de Cupones para Alimentos no pueden continuarse pasada la última fecha de su período de certificación de Cupones para Alimentos si usted no recertificó su caso de Cupones para Alimentos (vea 18 NYCRR § 358-3.6).

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

**(1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)

**(2) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201  
(Favor de guardar una copia para usted.)

**(3) POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.

**(4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a una de las siguientes direcciones: **14 Boerum Place, Brooklyn** o **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**

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

**Qué Puede Esperar de la Audiencia Imparcial:** El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

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

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

**INFORMACIÓN:** Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escríbanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en **la primera página** de este aviso.

### PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba la decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.

Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la Agencia es errónea porque:

Nombre en Letras de Molde: \_\_\_\_\_ Núm. del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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