



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 DIRECTIVE #07-16-ELI

(This Policy Directive Replaces PD # 06-18-ELI)

CHANGES IN THE EARNED INCOME DISREGARD AND PUBLIC ASSISTANCE POVERTY LEVEL TEST FOR 2007

Date: May 31, 2007	Subtopic(s): Public Assistance Budgeting
AUDIENCE	This policy directive is for all staff in the Job Centers and FIA Employment Support Program. It is informational for all others.
REVISION TO ORIGINAL DIRECTIVE	<p>This policy directive has been revised to reflect the:</p> <ul style="list-style-type: none"> • new earned income disregard • new semimonthly limits in the 2007 Public Assistance (PA) Poverty Level Guidelines • changes to the Guide to Budgeting (W-203K), Public Assistance Budget Computation form (W-648), and Income Contribution Worksheet for Families in Temporary Housing (W-648D)
POLICY	<p>Social Services Law (SSL) Section 131-a (8)(a)(iii) requires that annually on June 1, the PA earned income disregard (EID) be adjusted up or down to reflect the change in the most recently issued poverty level guidelines of the United States Census Bureau.</p> <p>The EID is applicable to all Family Assistance (FA) households and all Safety Net (SN) households that include at least one child who is applying for or receiving Safety Net Assistance (SNA) or Supplemental Security Income (SSI). Effective June 1, 2007, the EID will increase from 47 percent to 48 percent.</p>
Revised information	

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*

In addition, the amounts used for the PA Poverty Level Guidelines will also change. The gross earned and unearned income of PA applicants and participants cannot exceed the 2007 Federal Poverty Guidelines as published in the Federal Register. This change impacts budgets with an effective date of 6/A/07 or later.

The PA Poverty Level Test applies to all PA households except those residing temporarily in hotels/motels, homeless shelters, domestic violence shelters, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) housing and congregate care facilities.

REQUIRED ACTION

Before the earned income disregard can be applied, the following financial eligibility tests must be conducted:

- **Gross Income Test** – The semimonthly gross income is compared to 185 percent of the semimonthly standard of need for the household size. If the gross income exceeds 185 percent of the standard of need, the household is ineligible for cash assistance.
- **PA Poverty Guideline Test** – If the household's gross income does not exceed 185 percent of the standard of need, the semimonthly gross income is compared to the current year semimonthly poverty guidelines limit for the household size (see chart on page 3 of this directive). If the gross income exceeds the poverty guideline, the household is ineligible for cash assistance.
- **Net Income Test** – If the household's gross income does not exceed the PA poverty guidelines limit for the household size, the Net Income Test is conducted. At that point the earned income disregard is applied as follows:

Applying the Earned Income Disregard

- If the family or individual has an active PA case or is reapplying on a case that has been closed four months or less, a budget including the income disregard is calculated to determine the household's budget deficit, if any.

Note: The earned income disregard is not granted for any period of time in which the earned income is not reported within 10 days of receipt or is concealed.

- If the family or individual is applying for the first time or reapplying on a case that has been closed for more than four months, financial eligibility must be determined prior to the application of the earned income disregard. If without the disregard there is a budget deficit, the earned income disregard is then applied to determine the household's semimonthly grant.

When calculating a budget in WMS, the Automated Budgeting and Eligibility Logic (ABEL) system automatically performs all three financial eligibility tests.

Revised forms

The **W-648** and **W-648D** have been revised to reflect the 2007 Poverty Level Guidelines (shown below) and the increase in the income disregards. They also include From/To fields for recording the authorization period above the Worker's Signature line.

Chart represents 100% of Federal Poverty Level

2007 PA Poverty Level Guidelines	
Size of Family Unit	Semimonthly Limit
1	\$425.42
2	\$570.42
3	\$715.15
4	\$860.42
5	\$1,005.42
6	\$1,150.42
7	\$1,295.42
8	\$1,440.42
For each additional person add \$145.00 semimonthly.	

Revised information

The **W-203K** has also been revised to reflect the increase in the earned income disregard. Location heads must ensure that all previous versions of the **W-203K**, **W-648**, and **W-648D** and are removed from circulation and recycled.

As part of the implementation of the changes in the EID and PA Poverty Guidelines, the following took place:

The unique authorization number for this MRB is **99999343**.

A mass rebudgeting (MRB) of active PA/FS cases (i.e., in active [AC] or single issue [SI] status) with earned income took place on the weekend of May 19–20, 2007. The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) will send the appropriate Client Notice System (CNS) notices to all cases included in the mass rebudgeting. Please refer to Attachments **A** and **B** for sample notices.

Note: Multisuffix cases are excluded from the MRB process.

- As part of the mass rebudgeting process, all stored budgets, including FIA-3a budgets, affected by these changes have been rebudgeted. The effective date for these budgets is 6/A/07.
- On May 21, 2007, the 48 percent EID and revised PA Poverty Level Guidelines was made available for all budgets calculated with a budget effective date of 6/A/07, or later. Budgets calculated with a budget effective date prior to June 2007 will continue to use current amounts.

PROGRAM IMPLICATIONS

Model Center Implications

There are no Model Office implications.

Paperless Office System (POS) Implications

There are no POS implications.

Food Stamp Implications

As a result of this change, some PA/FS participants may receive an increase in their cash assistance grant. This increase is budgetable for FS purposes and may result in a decrease in the household's FS benefits.

Medicaid Implications

Cases that lose PA eligibility due to increased income should be referred for a separate Medicaid determination. For PA cases closed due to the increase of the EID, Workers must use closing code **E30**, Excess Income (No Transitional Medicaid). Use of this code will prompt a separate Medicaid determination.

LIMITED ENGLISH SPEAKING ABILITY (LESA) AND HEARING-IMPAIRED IMPLICATIONS

For Limited English Speaking Ability (LESA) and hearing-impaired applicants/participants, make sure to obtain appropriate interpreter services in accordance with PD #06-12-OPE and PD #06-13-OPE.

FAIR HEARING IMPLICATIONS

Avoidance/Resolution

Ensure that all case actions are processed in accordance with current procedures and that electronic case files are kept up to date. Remember that applicants/participants must receive either adequate or timely and adequate notification of all actions taken on their case.

Conferences

An applicant/participant can request and receive a conference with a Fair Hearing and Conference (FH&C) AJOS/Supervisor I at any time. If an applicant/participant comes to the Job Center requesting a conference, the Receptionist must alert the FH&C Unit that the individual is waiting to be seen. In Model Offices, the Receptionist at Main Reception will issue an FH&C ticket to the applicant/participant to route him/her to the FH&C Unit and does not need to verbally alert the FH&C Unit staff.

The FH&C AJOS/Supervisor I will listen to and evaluate any material presented by the applicant/participant, review the case file and discuss the issue(s) with the JOS/Worker responsible for the case and/or the JOS/Worker's Supervisor. The AJOS/Supervisor I will explain the reason for the Agency's action(s) to the applicant/participant.


Should the applicant/participant elect to continue his/her appeal by requesting a Fair Hearing or proceeding to a hearing already requested, the FH&C AJOS/Supervisor I is responsible for ensuring that further appeal is properly controlled and that appropriate follow-up action is taken in all phases of the Fair Hearing process.

Evidence Packets All Evidence Packets must contain a detailed history (e.g., copies of POS "Case Comments" and/or NYCWAY "Case Notes" screens, History Sheet [**W-25**]), copies of relevant WMS screen printouts, notices sent and other documentation relevant to the action taken.

REFERENCES

[07-ADM-02](#)
[GIS 07 TA/DC003](#)
 SPP 2007-00060-00
 SSL Section 131-a (8)(a)(iii)

ATTACHMENTS

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.


- Attachment A** Sample State Client Notice System (CNS) Notice of Decision on Your Public Assistance, Food Stamps and Medical Assistance
- Attachment B** Sample State Client Notice System (CNS) Notice of Decision on Your Public Assistance, Food Stamps and Medical Assistance (Spanish)
- W-203K** Guide to Budgeting (Rev. 5/31/07)
- W-648** Public Assistance Budget Computation (Rev. 5/31/07)
- W-648 (S)** Public Assistance Budget Computation (Spanish) (Rev. 5/31/07)
- W-648D** Income Contribution Worksheet for Families in Temporary Housing (Rev. 5/31/07)
- W-648D (S)** Income Contribution Worksheet for Families in Temporary Housing (Spanish) (Rev. 5/31/07)

HRA 5TH FL CENTER
33-28 NORTHERN BLVD
LIC, NY 11101

**NOTICE OF DECISION ON YOUR
PUBLIC ASSISTANCE, FOOD STAMPS AND
MEDICAL ASSISTANCE.**

SE LE ENVIARA UNA COPIA EN ESPANOL DE ESTA
NOTIFICACION EN UN SOBRE APARTE

NOTICE NUMBER: N031MN3709		DATE: April 29, 2007		CASE NUMBER: 009845013D	
OFFICE 051	UNIT	WORKER 00803	UNIT OR WORKER NAME		TELEPHONE NO. 718-626-5623

AGENCY TELEPHONE NUMBERS		CASE NAME / AND ADDRESS
GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP	<u>718-610-3844</u>	
OR Agency Conference	<u>718-610-3844</u>	
Fair Hearing information and assistance	<u>718-610-3844</u>	
Record Access	<u>718-610-3844</u>	
Child/Teen Health Plan	<u>888-692-8662</u>	 IZQUIERDO LEONIDAS 37-28 68TH STREET, 2 WOODSIDE, NY 11377

IF YOU DO NOT AGREE WITH ANY DECISION EXPLAINED IN THIS NOTICE, YOU HAVE A RIGHT TO ASK US FOR A CONFERENCE AND/OR ASK THE STATE FOR A FAIR HEARING. READ THE CONFERENCE AND/OR FAIR HEARING SECTION TO SEE HOW TO ASK FOR A CONFERENCE AND/OR A FAIR HEARING.

PUBLIC ASSISTANCE

Beginning June 1, 2007, your public assistance benefits will be **CHANGED**. Your old benefit amount was \$755.00; your new benefit amount is \$778.00. If the benefit amount is the same, you should compare the New Amount and Old Amount columns to see the change(s).

Your monthly public assistance benefit of \$778.00 will be distributed as follows:

	<u>New Amount</u>	<u>Old Amount</u>
o Restricted shelter payment:	\$778.00	\$755.00

If you have any changes in your household such as increased rent or someone else moving in, tell your worker right away. A change in your household could mean a change in your benefit amount.

Please see the budget calculation section of this notice for an explanation of how we figured your benefit amount.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 352.29.

Your public assistance will be **CHANGED** because:

- o There has been a change in how your public assistance benefits are distributed.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 381.3.

- o We are counting less earned income against your public assistance needs. Each year the percentage of earned income that we must disregard is adjusted. The higher the earned income disregard, the smaller the amount

of your earned income we count. We decide the amount of the new percentage based on changes to the most recently issued poverty guidelines issued by the United States Department of Health and Human Services. The earned income disregard has been changed from 47% to 48%.

We do not count the first \$90 of your gross earned income and 48% of the remainder

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 352.20(c).

How we figured your Public Assistance Benefits:

Check the information below and let us know if something is wrong. If there is a mistake, it could mean that this decision we made about your benefit is not correct.

- o The way we figure your income and needs is shown below:

<u>Person's Name</u>	<u>Type of Income</u>	<u>Monthly Amount</u>
LEONIDAS IZQUIERDO	Boarder/Lodger Income	\$390.00
LEONIDAS IZQUIERDO	Salaries/Wages	\$2,058.33
	Total Earned Income We Count.....	\$1,195.15
	Total Unearned Income We Count...	\$0.00
	Total We Count.....	<u>\$1,195.15</u>

- o To figure your monthly income, we multiply your weekly income by 4 & 1/3, or your bi-weekly income by 2 & 1/6, or your semi-monthly income by 2, or use the monthly income amount which you provided.
- o There are 4 people in your Public Assistance case.
- o There are 4 people in your Public Assistance suffix.
- o Your household includes a pregnant woman, or child under age 18, or an 18-year-old child attending full time secondary school.
- o Your household pays \$1,405.00 for housing.
- o According to our records, your type of housing is known as Unfurnished Apartment Or Room.
- o We allow \$1,405.00 for housing.
- o Your heat is included in your rent.
- o No one in your suffix is at least four months pregnant.

FOOD STAMPS

Beginning June 1, 2007, your food stamp benefits will be **CHANGED** from \$180.00 to \$174.00. This is because:

- o Your household has had a change in shelter costs.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 387.12(f).

How we figured your Food Stamp Benefits:

Check the information below and let us know if something is wrong. If there is a mistake, it could mean that this decision we made about your benefit is not correct.

- o You will get \$174.00 for the month of June, 2007.
- o There are 4 people in your Food Stamp household.
- o You pay \$819.89 for housing.
- o According to our records, your type of housing is known as Unfurnished Apartment Or Room.
- o Your heat is included in your rent. Either you have incurred air

XL218C (08/97)

conditioning costs or we anticipate that you will receive a HEAP payment during this heating season for your current living situation. (You may need to apply for HEAP separately.) We allow the standard of \$577.00.

- o You have no allowable medical expenses.
- o You have no individuals in your household that are enrolled in a Medicare approved Prescription Drug Discount Card program.
- o No one in your household pays legally-obligated child support.
- o We allow expenses for child care or dependent care while you are employed or seeking employment through job search, or are in training. You do not pay for child care or dependent care.
- o We count the following monthly income:

<u>Person with income</u>	<u>Type of Income</u>	<u>Monthly Amount</u>
LEONIDAS IZQUIERDO	Boarder/Lodger Income	\$390.00
LEONIDAS IZQUIERDO	Salaries/Wages	\$2,058.33
	Public Assistance	\$0.00
	Total Income:	<u>\$2,448.33</u>
	Countable Income:	<u>\$1,146.60</u>

- o \$0.00 is subtracted from the \$390.00 that you receive from Boarder/Lodgers.

MEDICAL ASSISTANCE

We will continue Medical Assistance coverage unchanged for:

<u>Name</u>	<u>Client I.D. #</u>
LEONIDAS IZQUIERDO	SY75103X
ROSA I. IZQUIERDO	TS35490F
JOSIMAR IZQUIERDO	WA59607Z
TABATHA K. IZQUIERDO	TS35480K

These persons will continue to be entitled to full services under the Medical Assistance Program.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-2.6.



XL218C (08/97)



CONFERENCE AND FAIR HEARING SECTION

DO YOU THINK WE ARE WRONG?

If you think our decision was wrong, you can request a review of our decision. If we made a mistake, we will correct it. You can do both of the following:

- 1. Ask for a meeting (conference) with one of our supervisors; and
- 2. Ask for a State fair hearing with a State hearing officer.

CONFERENCE (Informal meeting with us)

If you think our decision was wrong or if you do not understand our decision, or need additional information about the reason for our decision, please call us to arrange a meeting. To do this, call the conference telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve any problems you may have. We encourage you to do this even when you have asked for a fair hearing.

If you only ask for a meeting with us, we will not keep your benefits the same while you appeal. Your benefits will stay the same only if you ask for a State fair hearing. (See Keeping your Benefits the Same)

STATE FAIR HEARING

Deadline for Requesting a Fair Hearing

If you want the State to review our decision about your public assistance, you must ask for a fair hearing by June 28, 2007. This is the deadline even if you asked for a meeting (conference) with us.

If you want the State to review our decision about your medical assistance, you must ask for a fair hearing by June 28, 2007. This is the deadline even if you asked for a meeting (conference) with us.

If you want the State to review our decision about your food stamps, you must ask for a fair hearing by July 28, 2007. This is the deadline even if you asked for a meeting (conference) with us.

Keeping your Benefits the Same

We will not change your food stamps if you ask for a fair hearing about the action we are taking on your food stamps by May 9, 2007.

If you lose the hearing you will have to pay back any food stamps which you got, but should not have gotten, 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 write or call for a fair hearing.

How to Request a Fair Hearing

You can ask for a fair hearing in writing, by telephone, by fax, electronically or in person.

WRITE: Complete the "tear-off" Request for a Fair Hearing at the bottom of this page and send it to the address on the bottom of the next page.

OR CALL: (800) 342-3334

When you call, please tell the worker the number of this notice which is N031MN3709.

(Read the next page for more of your Rights)

REQUEST FOR A FAIR HEARING

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Name : IZQUIERDO LEONIDAS
Address : 37-28 68TH STREET, 2
WOODSIDE, NY 11377

District/Office No: 66/051
Notice No. : N031MN3709
Case Number: 009845013D
Telephone : 718-397-0036

/_/ I do not want to "keep my benefits the same" until the Fair Hearing decision is issued. ONLY USE THIS TEAR-OFF TO REQUEST A HEARING ABOUT THIS NOTICE.



OR FAX: Send a copy of this notice to fax no. (518) 473-6735.

OR ONLINE: Complete the online request form at:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

OR WALK-IN: Bring a copy of this notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn, NY or 330 West 34th Street, New York City, NY.

If you cannot reach the State electronically, by phone or fax, please write to request a fair hearing before the deadline for requesting a fair hearing.

What to Expect at a Fair Hearing

The State will send you a notice which 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. You can bring a lawyer, a relative or a friend or someone else to help you do this. 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 this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

At the hearing, you and your lawyer or other representative will have a chance to explain why we are wrong and a chance to give the hearing officer written papers which explain why we are wrong.

To help you explain at the hearing why you think our decision is wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have such as: Pay stubs, Leases, Receipts, Bills, Doctor's Statements.

At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

LEGAL ASSISTANCE

If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to obtain a lawyer at no cost to you by contacting:

QUEENS LEGAL SERVICES CORPORATION, 42-15 CRESCENT ST., 9TH FLOOR, LONG ISLAND CITY, NY 11101

Telephone: (718) 392-5646

LEGAL AID SOCIETY - QUEENS NEIGHBORHOOD OFFICE, 120-46 QUEENS BLVD, KEW GARDENS, NY 11415

Telephone: (718) 286-2450

LEGAL SERVICES FOR NEW YORK CITY, LEGAL SUPPORT UNIT, 350 BROADWAY - 6TH FLOOR, NEW YORK, NY 10013

Telephone: (212) 431-7200

For the names of other lawyers check your Yellow Pages under "LAWYERS".

ACCESS TO YOUR FILES 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, or FAX (718) 722-5018 or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of your 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.

Send this "Request for a Fair Hearing" to:

**The Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201**



**IMPORTANT INFORMATION ABOUT
WHAT CHANGES YOU MUST REPORT FOR FOOD STAMPS**

General Telephone No. for Questions or Help: (718) 610-3844

Most Food Stamp households with income will only have to report changes every six months, with one exception. You will either be asked to re-certify at this six-month checkpoint, or will be sent a mail report form for you to report changes. The one exception for households subject to six-month reporting is if your household's total gross monthly income is over 130% of the poverty level. Special reporting rules for Non-Six-Month Reporters, and for Able Bodied Adults Without Dependents (ABAWD's) are explained below (please see the reporting rules list at the end of this section to see if these rules apply to you).

If your household's gross monthly income is more than \$2,167.00 (130% of the poverty level) you must report this monthly amount to your social services district by phone, in writing, or in person within 10 days after the end of the month. Gross income is the amount of income before taxes and other deductions are taken out, not the amount you receive when you cash your check. We must use the gross income in figuring your eligibility for food stamps.

Any other kind of income that you receive besides earnings must be added to your gross earned income to know if you are over 130% of the poverty level. Examples of other income that count include child support payments, Unemployment Insurance, temporary assistance payments, Workers Compensation or disability payments such as Social Security, SSI or private disability payments.

For example, if your only income is from earnings, you are paid weekly and your gross income is over \$541.75 **a week**, or if you are paid biweekly and your gross income is over \$1,083.50 **biweekly**, you must report this to us within 10 days after the end of the month. When you add up your earnings to see if you are over 130% of poverty, use your gross pay from the last four weeks of the month.

If you are an Able-Bodied Adult Without Dependents ("ABAWD"), you must tell us if your work hours go below 80 hours a month. You must tell us this within 10 days after the end of the month when your work hours fell below 80 hours.

Any other changes to your Food Stamp household including who lives with you, rent costs, and gross income changes under 130% of the poverty level do not need to be reported until your next recertification. You may still voluntarily report any change about your household and, if this change will increase your benefit level and you verify this change, we will increase your benefit.

If you only report once a year for recertification (12 month certification period), and do not receive Temporary Assistance, you will be required to report your changes on one mail report received 6 months into your certification period.

These reporting rules apply only to the Food Stamp Program. If you also receive Temporary Assistance (TA), you are still required to report changes for TA within 10 days of the change and at recertification.

If you have questions about this reporting requirement, or if your gross income exceeds the 130% poverty level printed above, you may call the number printed at the top of this letter. Otherwise you will be required to recertify at your next scheduled recertification date and can report any changes you have at that time.

Reporting Rules for Non-Six-Month Reporters, and for Able Bodied Adults Without Dependents (ABAWD's):

There are a few households who still have to report changes affecting their eligibility and food stamp benefits as the change occurs. You must report changes within ten days after the end of the month in which the change occurred, if your household:

1. Is without any income, or
2. Has no earned income, and all adults (individuals age 18 and older) are either disabled or over age 59, or
3. Is on SSI or SSD and you live in a certified congregate care group home, or
4. Has a seasonal migrant farm-worker in the household, or
5. Is certified for 3 months or less, or
6. Is homeless (undomiciled - without shelter), or

XL218B (09/97)

7. If you are an Able-Bodied Adult Without Dependents ("ABAWD"): you must tell us if your work hours go below 80 hours a month. You must tell us this within 10 days after the end of the month when your work hours fell below 80 hours.

If you also receive Temporary Assistance (TA), you must report changes for TA within ten days after the change occurs.

HRA 5TH FL CENTER
33-28 NORTHERN BLVD
LIC, NY 11101

**NOTIFICACION SOBRE LA DECISION
DE SU ASISTENCIA PUBLICA,
DE SUS CUPONES DE ALIMENTOS Y
DE SU ASISTENCIA MEDICA.**

ESTA NOTIFICACION EN ESPANOL NO LLEVA ACENTOS
DEBIDO A QUE NUESTRO SISTEMA DE COMPUTADORAS
NO OFRECE LA CAPACIDAD PARA INCORPORARLOS

NUMERO DEL AVISO: N031MN3709		FECHA: Abril 29, 2007		NUMERO DE CASO: 009845013D	
OFICINA 051	UNIDAD	TRABAJADOR(A) 00803	NOMBRE DEL TRABAJADOR(A) O DE LA UNIDAD		NO. DE TELEFONO 718-626-5623

NUMEROS TELEFONICOS DE LA AGENCIA		NOMBRE DEL CASO Y DIRECCION
NO. DE TELEFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA <u>718-610-3844</u> <hr/> <input type="radio"/> Para Conferencia con la Agencia <u>718-610-3844</u> Información y asistencia sobre Vista Imparcial <u>718-610-3844</u> Acceso a archivos/récords <u>718-610-3844</u> Plan de Salud Infantil/Adolescente <u>888-692-8662</u>		

SI USTED NO ESTA DE ACUERDO CON NINGUNA DE LAS DECISIONES EXPLICADAS EN ESTA NOTIFICACION, USTED TIENE EL DERECHO DE SOLICITAR UNA CONFERENCIA Y/O PEDIR AL ESTADO UNA VISTA IMPARCIAL. LEA LA SECCION SOBRE LA CONFERENCIA Y/O LA VISTA IMPARCIAL PARA AVERIGUAR COMO SOLICITAR UNA CONFERENCIA Y/O UNA VISTA IMPARCIAL.

ASISTENCIA PUBLICA

A partir del Junio 1, 2007, sus beneficios de asistencia publica seran **CAMBIADOS**. La cantidad de su viejo beneficio era \$755.00; la cantidad de su nuevo beneficio es \$778.00. Si la cantidad del beneficio no cambiado, tendras que comprar las columnas Cantidad Nueva y Cantidad Vieja para ver los cambios.

Su beneficio mensual de asistencia publica de \$778.00 se distribuira de la siguiente manera:

	<u>New Amount</u>	<u>Old Amount</u>
o Pago restringido de vivienda:	\$778.00	\$755.00

Si hay algun cambio en su hogar, tal como el aumento del alquiler o el traslado a su hogar de otra persona, informele a su trabajador(a) inmediatamente. Un cambio en su hogar podria significar un cambio en la cantidad de su beneficio.

Por favor vea la seccion del calculo del presupuesto de esta notificacion para una explicacion de como calculamos su cantidad de beneficios.

Esta decision esta basada en la Regulacion 18 NYCRR 352.29.

Su asistencia publica sera **CAMBIADA** debido a que:

- o Ha habido un cambio en la manera en la que sus beneficios de asistencia publica se distribuyen.

Esta decision esta basada en la Regulacion 18 NYCRR 381.3.

- o Estamos contando menos ingresos ganados contrasus necesidades de asistencia publica. Cada ano, el porcentaje del ingreso ganado que

nosotros no debemos tomar en cuenta se ajusta. Mientras mas alto es el ingreso ganado que no se toma en cuenta, menor es la cantidad de su ingreso ganado que nosotros contamos. Se calcula en nuevo porcentaje en base a los cambios recientes a las pautas sobre pobreza emitidas por la Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services). El porcentaje del ingreso ganado que se excluye ha cambiado del 47 por ciento al 48 por ciento.

Nosotros no contamos los primeros \$90 de su ingreso bruto ganado y el 48% del resto.

Esta decision esta basada en la Regulacion 18 NYCRR 352.20(c).

Como calculamos sus Beneficios de Asistencia Publica:

Fijese en la informacion de abajo y notifiquenos si algo esta incorrecto. Si hay un error, este podria significar que la decision que tomamos acerca de su beneficio no es correcta.

- o La manera en que calculamos su ingreso y necesidades se muestran abajo:

<u>Nombre de la Persona</u>	<u>Tipo de Ingreso</u>	<u>Cantidad Mensual</u>
LEONIDAS IZQUIERDO	Ingreso Por Hospedaje	\$390.00
LEONIDAS IZQUIERDO	Salarios/Sueldos	\$2,058.33
	Ingreso Total Ganado Que Contamos.....	\$1,195.15
	Ingreso Total No Ganado Que Contamos...	\$0.00
	Total Que Nosotros Contamos.....	<u>\$1,195.15</u>

- o Para calcular su ingreso mensual, nosotros multiplicamos su ingreso semanal por 4 & 1/3, o su ingreso quincenal por 2 & 1/6, o su ingreso bimensual por 2, o utilizamos la cantidad del ingreso mensual que usted proveyo.
- o Existen 4 personas en su caso de Asistencia Publica.
- o Existen 4 personas en su sufijo de Asistencia Publica.
- o Su hogar incluye una mujer embarazada o un(a) nino(a) menor de 18 anos de edad o un(a) nino(a) que asiste a tiempo completo la escuela secundaria.
- o Su hogar paga \$1,405.00 para la vivienda.
- o De acuerdo a nuestros records, su tipo de vivienda tambien es conocido como Apartamento O Cuarto Sin Muebles.
- o Nosotros permitimos \$1,405.00 para gastos de vivienda.
- o Los costos de su calefaccion estan incluidos en su renta/alquiler.
- o Nadie en su sufijo tiene cuatro meses de embarazo.

CUPONES DE ALIMENTOS

A partir del Junio 1, 2007, sus beneficios de cupones de alimentos seran **CAMBIADOS** de \$180.00 a \$174.00. Esto se debe a que:

- o Los miembros de su hogar han tenido un cambio en los gastos de vivienda. Esta decision esta basada en la Regulacion 18 NYCRR 387.12(f).

Como calculamos sus Beneficios de Cupones de Alimentos:

Fijese en la informacion de abajo y notifiquenos si algo esta incorrecto. Si hay un error, este podria significar que la decision que tomamos acerca de su beneficio no es correcta.

- o Usted recibira \$174.00 para el mes de Junio, 2007.
- o Hay 4 personas en su hogar de Cupones de Alimentos.
- o Usted paga \$819.89 por una vivienda.

XL218D (09/97)

- o De acuerdo a nuestros records, su tipo de hogar es conocido como Apartamento O Cuarto Sin Muebles.
- o Su calefaccion esta incluida en su renta/alquiler. Usted ya sea ha incurrido en gastos de aire acondicionado o nosotros anticipamos que usted recibira un pago de HEAP durante esta temporada de calefaccion aplicable a su situacion de vivienda actual. (Puede ser que usted necesite aplicar para HEAP por separado.) Nosotros permitimos el estandar de \$577.00.
- o Usted no cuenta con gastos medicos permisibles.
- o No hay personas, en su grupo familiar, afiliadas al Programa de Descuento de Recetas Medicas ofrecido por Medicare.
- o Nadie en su hogar paga manutencion infantil requerida por la ley.
- o Nosotros permitimos gastos relacionados al cuidado infantil o al cuidado de un dependiente mientras usted esta empleado(a) y esta buscando empleo a traves de la busqueda de un trabajo, o esta en entrenamiento. Usted no paga por el cuidado infantil o el cuidado de un dependiente.
- o Nosotros contamos el siguiente ingreso mensual:

<u>Persona con Ingresos</u>	<u>Tipo de Ingresos</u>	<u>Cantidad Mensual</u>
LEONIDAS IZQUIERDO	Ingreso Por Hospedaje	\$390.00
LEONIDAS IZQUIERDO	Salarios/Sueldos	\$2,058.33
	Asistencia Publica	\$0.00
	Ingreso Total:	<u>\$2,448.33</u>
	Ingreso Contable:	<u>\$1,146.60</u>

- o \$0.00 se restan de los \$390.00 que usted recibe de Inquilinos/Pensionados.

ASISTENCIA MEDICA

Nosotros continuaremos la cobertura de la Asistencia Medica sin cambio alguno para:

<u>Nombre</u>	<u>No. del I.D. del Cliente</u>
LEONIDAS IZQUIERDO	SY75103X
ROSA I. IZQUIERDO	TS35490F
JOSIMAR IZQUIERDO	WA59607Z
TABATHA K. IZQUIERDO	TS35480K

Estas personas continuaran teniendo el derecho a obtener servicios completos bajo el Programma de Asistencia Medica.

Esta decision esta basada en la Regulacion 18 NYCRR 360-2.6.

XL218D (09/97)



SECCION PARA LA CONFERENCIA Y LA VISTA IMPARCIAL

CREE USTED QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?

Si usted cree que nuestra decision es incorrecta, puede solicitar una revision de nuestra decision. Si cometimos algun error, lo corregiremos. Puede apelar de las dos maneras siguientes:

- 1. Solicitando una reunion (conferencia) con uno de nuestros supervisores; y
- 2. Solicitando una audiencia imparcial estatal con un funcionario estatal de audiencias.

CONFERENCIA (reunion informal con nosotros)

Si usted cree que nuestra decision fue equivocada o si no comprende nuestra decision, o si necesita mas informacion sobre la razon de nuestra decision, sirvase llamarnos y solicitar una reunion. Para hacer esto, llame al numero de telefono para conferencias indicado al comienzo de la pagina 1 de este aviso o escribanos a la direccion impresa al comienzo de la pagina 1 de este aviso. En ciertas ocasiones, esta es la manera mas rapida de resolver problemas. Le recomendamos hacer esto incluso si ha solicitado una vista imparcial.

Si usted solo solicita una reunion con nosotros, no mantendremos iguales sus beneficios durante su apelacion. Sus beneficios solo seguiran siendo los mismos si solicita una vista imparcial estatal. (Vea Como mantener sus beneficios iguales.)

VISTAS IMPARCIALES ESTATALES

Fecha limite para solicitar una vista imparcial

Si desea que el Estado revise nuestra decision sobre su asistencia publica, usted debe solicitar una vista imparcial antes del **Junio 28, 2007**. Esta es la fecha limite incluso si usted ha solicitado una reunion (conferencia) con nosotros.

Si desea que el Estado revise nuestra decision sobre su asistencia medica, usted debe solicitar una vista imparcial antes del **Junio 28, 2007**. Esta es la fecha limite incluso si usted ha solicitado una reunion (conferencia) con nosotros.

Si desea que el Estado revise nuestra decision sobre sus cupones de alimentos, debe solicitar una vista imparcial hasta el **Julio 28, 2007**. Esta es la fecha limite incluso si usted ha solicitado una reunion (conferencia) con nosotros.

Como mantener sus beneficios iguales

Si usted solicita una vista imparcial hasta el **Mayo 9, 2007** sobre la medida que estamos tomando respecto de sus cupones de alimentos, no cambiaremos sus cupones de alimentos.

Si la decision de la vista es en su contra, usted debera devolver los beneficios de cupones de alimentos recibidos y que no debia haber recibido, mientras esperaba la decision de la vista.

Si usted no desea que sus beneficios permanezcan iguales hasta que se emita la decision, debe informar al Estado cuando usted escriba o llame por telefono para solicitar una vista imparcial.

Como solicitar una vista imparcial

Usted puede solicitar una audiencia imparcial por escrito, por telefono, por facsimil, por electronico o visitando en persona.

(Lea la siguiente pagina para mas informacion acerca de sus derechos)

SOLICITUD PARA UNA VISTA IMPARCIAL

Yo deseo una vista imparcial. Yo no estoy de acuerdo con la accion de la agencia. (Puede ser util explicar la razon por la que usted esta en desacuerdo abajo, pero usted no tiene que incluir una explicacion por escrito.)

Nombre : IZQUIERDO LEONIDAS
Direccion: 37-28 68TH STREET, 2
WOODSIDE, NY 11377

No. de Distrito/Oficina: 66/051
No. de Notificacion: N031MN3709
No. de Caso : 009845013D
Telefono : 718-397-0036

/_/ Yo no deseo "mantener mis beneficios iguales" hasta que la decision de la Vista Imparcial se emita.

SOLO UTILICE LA PARTE QUE PUEDE SEPARARSE DE ESTA PAGINA (DEBAJO DE LOS PUNTOS) PARA SOLICITAR UNA VISTA ACERCA DE ESTA NOTIFICACION.



XL218D (09/97)

- ESCRIBA:** Complete la seccion que se puede arrancar de la Solicitud para una Audiencia Imparcial en la parte de abajo de esta pagina y enviela a la direccion que aparece en la parte de abajo de la proxima pagina.
- O LLAME AL:** **(800) 342-3334**
Quando llame, por favor comunice al empleado(a) el numero de esta notificacion, el cual es N031MN3709.
- O POR FACSIMIL:** Envie una copia de esta notificacion al numero de facsimil (518) 473-6735.
- O** Envie su peticion llenando el formulario electronico en:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>
- O VISITANDO EN PERSONA:** Traiga una copia de esta notificacion al Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York al 14 Boerum Place, Brooklyn, NY or 330 West 34th Street, New York City, NY.

Si no puede comunicarse con el Estado por electronico, por telefono o por facsimil, por favor escriba una carta solicitando una audiencia imparcial antes de la fecha limite para solicitar una audiencia imparcial.

Que esperar en una vista imparcial

El Estado le enviara un aviso informandole cuando y donde se hara la vista imparcial.

En la vista, usted tendra oportunidad de explicar por que piensa que nuestra decision es equivocada. Usted puede traer un abogado, un familiar o amistad o alguien mas que pueda ayudarle a explicar esto. Si usted no puede venir personalmente, puede enviar a alguien para que le represente. Si en lugar suyo, usted envia a la vista una persona que no es abogado, debe enviar con esta persona una carta demostrando al funcionario de vistas que usted desea que tal persona le represente en la vista.

En la vista, usted y su abogado o cualquier otro representante suyo tendran la oportunidad de explicar por que nos hemos equivocado y de entregar al funcionario de vistas documentos escritos que demuestren por que estamos equivocados.

Usted puede traer a la vista cualquier testigo que pueda ayudarle a explicar por que piensa que nuestra decision es equivocada. Tambien debe traer documentos tales como: Recibos de pago, Contratos de arrendamiento, Recibos, Facturas, Declaraciones de sus medicos.

En la vista, usted y su abogado u otros representantes suyos pueden interrogar a los testigos que nosotros presentemos o que usted traiga como ayuda para su caso.

ASISTENCIA LEGAL

Si usted cree que necesita la ayuda de un abogado para resolver este problema, puede obtener un abogado sin costo alguno de su parte, comunicandose con:

QUEENS LEGAL SERVICES CORPORATION, 42-15 CRESCENT ST., 9TH FLOOR, LONG ISLAND CITY, NY 11101

Telefono: (718) 392-5646

LEGAL AID SOCIETY - QUEENS NEIGHBORHOOD OFFICE, 120-46 QUEEENS BLVD, KEW GARDENS, NY 11415

Telefono: (718) 286-2450

LEGAL SERVICES FOR NEW YORK CITY, LEGAL SUPPORT UNIT, 350 BROADWAY - 6TH FLOOR, NEW YORK, NY 10013

Telefono: (212) 431-7200

Envie esta "Solicitud para una Vista Imparcial" a:

**The Office of Administrative Hearings
 New York State Office of Temporary and Disability Assistance
 P.O. Box 1930
 Albany, New York 12201**



XL218D (09/97)

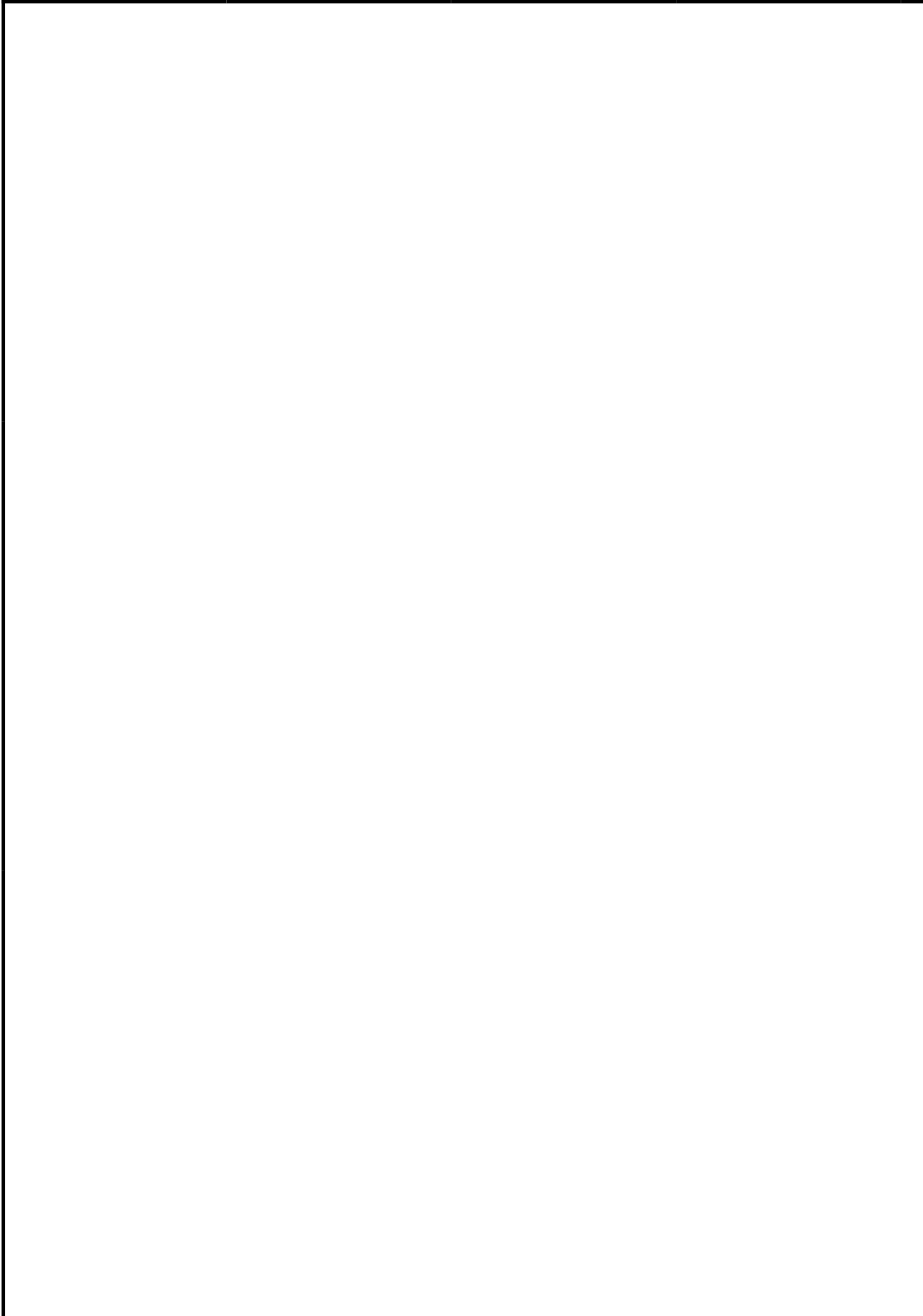
Para averiguar los nombres de otros abogados, puede ver las Paginas Amarillas de la Guia de telefonica bajo el titulo "LAWYERS".

ACCESO A SUS ARCHIVOS Y COPIAS DE DOCUMENTOS

Como asistencia en preparacion para la audiencia, usted tiene el derecho a inspeccionar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un fax, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregaran al funcionario de audiencias durante la audiencia imparcial. Ademias, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su peticion por facsimil, le enviaremos copias gratuitas de documentos especificos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar como revisar su archivo, llamenos al (718) 722-5012, o por facsimil 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 solicitarlas con anticipacion. Estos le seran provistos dentro de un periodo razonable de tiempo antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarian a usted solamente si usted pide especificamente que estos sean enviados por correo.



XL218D (09/97)



**INFORMACION IMPORTANTE ACERCA DE
LOS CAMBIOS QUE DEBE INFORMAR PERTINENTE A LOS CUPONES PARA ALIMENTOS**

Numero general de telefono para preguntas o ayuda: (718) 610-3844

La mayoría de los hogares que cuentan con ingresos y reciben cupones para alimentos, solo deberán informar cambios cada seis meses, aparte de la siguiente excepción. Se le pedirá que recertifique en el control de seis meses, o bien se le enviara por correo un formulario en el que reportara los cambios. La única excepción, en cuanto a los hogares sujetos al control de seis meses, ocurre en aquellos casos cuando el monto total de ingresos brutos mensuales del hogar sobrepasa el 130% del índice nacional de pobreza. A continuación se explican las reglas especiales a seguir para aquellas personas que no tienen que presentar un informe cada seis meses y para adultos habilitados para trabajar sin dependientes (vea la lista de reglas al final de esta sección para saber si son pertinentes a su caso en particular).

Si el monto de ingresos brutos mensuales de su hogar es mayor de \$2,167.00 (130% del índice nacional de pobreza) usted debe informar sobre este monto a su distrito de servicios sociales por teléfono, por escrito o en persona dentro de los 10 días posteriores al fin del mes. Los ingresos brutos son el monto de ingresos antes de realizarse la deducción de impuestos y otras deducciones, no el monto que usted recibe cuando canjea su cheque. Al determinar si usted reúne o no los requisitos del programa de cupones, usamos el monto de ingresos brutos.

Cualquier otro tipo de ingresos que usted reciba, además de ingresos laborales, se deben agregar al ingreso laboral bruto para saber si el monto sobrepasa el 130% del índice nacional de pobreza. Los siguientes ingresos se toman en cuenta: pagos por sustento de menores, seguro de desempleo, pagos de asistencia temporal, compensación por lesiones de trabajo o pagos por incapacidad, tales como seguro social, SSI o pagos privados por incapacidad.

Por ejemplo, si su único ingreso proviene de ingresos laborales, se le paga semanalmente y el monto de sus ingresos brutos es mayor de \$541.75 **por semana**, o si se le paga cada dos semanas y el monto de sus ingresos brutos es mayor de \$1,083.50 **cada dos semanas**, usted debe informarnos este dato dentro de los 10 días posteriores al fin del mes. Cuando sume sus ingresos laborales para saber si sobrepasan el 130% del índice nacional de pobreza, use el monto salarial bruto de las últimas cuatro semanas del mes.

Si usted es un adulto habilitado para trabajar sin dependientes (ABAWD), debe informarnos si sus horas de trabajo disminuyen a menos de 80 horas por mes; reportelo dentro de los 10 días posteriores al fin del mes en el que sus horas de trabajo disminuyen a menos de 80.

Todo otro cambio que ocurra en el hogar beneficiario de cupones para alimentos, incluyendo las personas que viven con usted, los costos de alquiler y cambios en el monto de ingresos brutos inferiores al 130% del índice nacional de pobreza, no necesita reportarlos hasta la siguiente cita de recertificación. Usted puede informar, voluntariamente, cambios en su hogar; si el cambio reportado aumentaría la cantidad de beneficios que recibe, una vez verificado el cambio, aumentaría la cantidad de cupones que recibe.

Si usted solo presenta el informe anual de recertificación (periodo de certificación de 12 meses) y no recibe Asistencia Temporal, se le pedirá que informe los cambios en el formulario que recibirá por correo dentro de los primeros 6 meses del periodo de certificación.

Estas reglas son solo aplicables al Programa de Cupones para Alimentos. Si usted también recibe Asistencia Temporal (TA), debe informar los cambios, pertinentes a asistencia temporal, dentro de los 10 días de ocurrido el cambio y al momento de la recertificación.

Si tiene preguntas sobre el requisito de reporte de cambios, o si sus ingresos brutos exceden el 130% del índice nacional de pobreza indicado arriba, llame al número de teléfono que figura al comienzo de esta carta. De lo contrario, se le pedirá que recertifique en su próxima cita de recertificación y que en esa ocasión reporte los cambios.

Reglas pertinentes al reporte de cambios para aquellas personas exentas de presentar un informe cada seis meses y los adultos habilitados para trabajar sin

dependientes (ABAWD's):

Ciertos hogares si tienen que informar los cambios que afecten la habilitación para recibir cupones como también el monto de cupones. Usted debe informar los cambios dentro de los diez días de haberse dado el cambio si su grupo familiar:

1. No recibe ningún ingreso o
2. No cuenta con ingresos laborales y todos los adultos (personas de 18 años de edad o más) están incapacitados para trabajar o tienen más de 59 años, o
3. Recibe SSI o SSD y usted vive en un hogar grupal de cuidados comunales certificado, o
4. Tiene entre sus integrantes a un trabajador agrícola migratorio, o
5. Está certificado por 3 meses o menos, o
6. No tiene hogar (sin domicilio - sin cobijo) o
7. Si usted es un adulto habilitado para trabajar sin dependientes (ABAWD):
Usted nos debe decir si sus horas de trabajo disminuyen a menos de 80 horas por mes. Usted debe hacernos saber esto dentro de los 10 días posteriores al fin del mes en el que sus horas de trabajo hayan disminuido a menos de 80.

Si usted también recibe Asistencia Temporal (TA), debe informar sobre los cambios que afecten los beneficios de asistencia temporal dentro de los diez días de haber ocurrido el cambio.

Guide to Budgeting (Effective June 1, 2007)

Schedule of Semimonthly Preadded Allowance (1/1/90)

PA Family Size	1	2	3	4	5	6	Each Additional Person
Amount	\$56.00	\$89.50	\$119.00	\$153.50	\$189.50	\$219.00	\$30.00

Special Situations

- Single persons residing in public shelters can receive a public assistance personal needs allowance of \$22.50 s/m.
- Homeless persons who refuse placement in a shelter can receive the preadded, energy and restaurant allowance.
- For family members joining the household for limited periods (e.g. weekends), authorize \$4.00 per day per person.
- All participants who are billed for rent are entitled to a shelter allowance equal to the rent or the maximum shelter allowance for family size, whichever is less.
- Persons with HIV/AIDS can receive a shelter allowance of up to \$480 per month and up to \$330 per month for each additional person on the case.

Schedule 1

Maximum Semimonthly Shelter Allowance with Children* (effective 11/1/03)

PA Family Size	1	2	3	4	5	6	7 or More
S/M Amount	\$138.50	\$141.50	\$200.00	\$225.00	\$250.50	\$262.00	\$273.00

*Includes pregnant women

Schedule 2

Maximum Semimonthly Shelter Allowance without Children

PA Family Size	1	2	3	4	5	6	7	8 or More
S/M Amount	\$107.50	\$125.00	\$143.00	\$156.00	\$168.50	\$174.50	\$201.50	\$210.50

Semimonthly Energy Grants

PA Family Size	1	2	3	4	5	6	Each Additional Person
S/M Amount	\$12.55	\$19.75	\$26.50	\$34.35	\$42.35	\$48.60	\$6.25

Semimonthly Fuel for Heating: Other than Natural Gas (E)

PA Family Size	1	2	3	4	5	6	7	8 or More
S/M Amount	\$35.00	\$35.00	\$35.00	\$36.50	\$38.50	\$41.00	\$44.00	\$46.50

Semimonthly Fuel for Heating: Natural Gas (E)

PA Family Size	1	2	3	4	5	6	7	8 or More
S/M Amount	\$28.00	\$28.00	\$28.00	\$29.00	\$30.50	\$32.50	\$34.50	\$37.00

Expenses Incident to Employment

Item of Expense	Allowance
Standard Semimonthly Work Reduction	\$45.00
Income Disregard	48% of net earned income

Expenses Incident to Approved Training

Carfare	Public transportation expense
---------	-------------------------------

Schedule of Semimonthly Restaurant Allowance (Includes Sales Tax)

	Dinner	Lunch and Dinner	All Meals
Amount per Person	\$14.50	\$23.50	\$32.00
Pregnant Women, Persons under 18 Years of Age and Full-Time Students Who Will Graduate before 19th Birthday	\$32.50	\$41.50	\$50.00

Schedule of Emergency Assistance Grants for All Cases

Daily Rate		
PA Family Size	Preadded and Energy Allowance	*Preadded, Energy and Restaurant Allowance
1	\$4.50	\$6.60
2	\$7.50	\$11.40
3	\$9.55	\$15.90
4	\$12.35	\$20.75
5	\$15.10	\$25.60
6	\$17.60	\$30.20
7	\$20.00	\$34.70
8	\$22.35	\$39.20
9	\$24.75	\$43.70
10	\$27.15	\$48.20
Each Additional Person	\$2.40	\$4.50

*Add \$1.20 per individual, if entitled, to the additional \$18.00 s/m.



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____

Public Assistance Budget Computation
(Effective June 1, 2007)

Other Eligible Payee(s)

First Name	M.I.	Last Name	Category	Suffix

SAMPLE

Section 1: Calculation of Income/Needs

(Be sure to use conversion chart for weekly and monthly amounts.) Enter semimonthly (S/M) amounts.

Total number in household _____

A. Income		Suffix _____	Suffix _____
1.	Semimonthly gross earned income	\$ _____	\$ _____
Unearned Income:			
2.	Net S/M income from boarder/lodger		
3.	Workers' Compensation		
4.	New York State Disability		
5.	Unemployment Insurance Benefits		
6.	Social Security benefits		
7.	Veterans' pension or compensation		
8.	Child support/alimony income ^{TT} (subtract \$25 from S/M amount)		
9.	Other (specify):		
10.	Total Unearned Income (add lines 2-9)		
11.	Total S/M gross income (line 1 plus line 10)		

^{TT}Child support is counted only when determining initial eligibility for assistance. If determined for assistance, child support is not budgetable but is assigned to the Agency through the Office of Child Support Enforcement.

Total number in household _____

B. Needs		S/M Amounts to Be Prorated	Suffix _____	Suffix _____
Semimonthly Needs			How many in the Suffix _____	How many in the Suffix _____
12.	Family allowance		\$	\$
13.	Energy grant			
14.	Fuel for heating			
15.	Pregnancy allowance			
16.	Other			
17.	Basic allowance (add lines 12–16)			
18.	Shelter allowance*			
19.	Subtotal needs (add lines 17, 18)			
20.	SSI prorated share			
21.	Total needs (line 19 minus line 20)			

*Up to Agency maximum unless in temporary housing with shelter codes 06, 13, 14, 15, 16, 19, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 42 or 43. For these shelter types, enter the actual cost of temporary housing.

SAMPLE

Section 2: 185% Gross Income Limitation Calculation

		Suffix _____	Suffix _____
22.	Multiply amount on line 21 by 1.85		
23.	Compare amount entered on line 11 with amount on line 22. (a) If the amount entered on line 11 is greater than the amount on line 22, the household does not meet the 185% Gross Income Limitation and is ineligible for public assistance (PA) – check <input checked="" type="checkbox"/> ineligible. Do not continue. Complete form W-122D to determine Food Stamp (FS) eligibility. [†] (b) If the amount entered on line 11 is equal to or less than the amount entered on line 22, the household meets the 185% Gross Income Limitation – check <input checked="" type="checkbox"/> eligible. Complete Section 3.	<input type="checkbox"/> Ineligible <input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Ineligible <input type="checkbox"/> Eligible

[†]If one suffix fails the 185% test, recalculate the needs of the remaining suffix(es), excluding the ineligible suffix. Provide full allowances or an increased prorated share based on the number of remaining suffix(es).

Note: For households with income and residing in temporary shelters (shelter codes 06, 13, 14, 15, 16, 19, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 42 or 43) Prepare the Income Needs and Contribution Worksheet for Families in Temporary Housing (W-684D) to determine the household's needs and the amount of the income that must be contributed toward the cost of temporary housing. If no income in H/H, continue to section 4A or 4B as applicable.

Section 3: Poverty Test

Shelter codes 06, 13, 14, 15, 16, 19, 27, 28, 29, 31, 33, 34 and 35 are exempt from the Poverty Test.
 All other shelter codes require the Poverty Test.

		Suffix _____	Suffix _____
24.	Enter total S/M gross income from line 11.		
25.	Enter poverty guideline amount for family size from lookup chart.		
26.	Compare amounts on line 24 and 25: (a) If amount on line 24 is greater than the amount on line 25, then the household has failed the poverty test and is ineligible for PA. [†] (b) If amount on line 24 is less than or equal to the amount on line 25, the household has passed the poverty test and is eligible for PA.	<input type="checkbox"/> Failed <input type="checkbox"/> Passed	<input type="checkbox"/> Failed <input type="checkbox"/> Passed

[†]If one suffix fails the poverty or net income test, recalculate the needs of the remaining suffix(es), excluding the ineligible suffix. Provide full allowances or an increased prorated share based on the number of remaining suffix(es).

If the household passed the poverty test, continue.

Shelter code: _____

2007 Poverty Guidelines
Lookup Chart

Size of Family	Semimonthly Limit
1	\$425.42
2	\$570.42
3	\$715.15
4	\$860.42
5	\$1,005.42
6	\$1,150.42
7	\$1,295.42
8	\$1,440.42

For each additional person, add \$145.00 semimonthly.

Section 4A: Net Income Test

Active PA cases and cases closed less than four (4) months

		Suffix _____	Suffix _____
27.	S/M gross earned income (line 1)		
28.	Standard deduction – \$45 S/M (allow \$45 S/M for each employed individual)		
29.	Income applicable for 48% disregard (line 27 minus line 28)		
30.	48% earned income disregard (multiply amount on line 29 by 0.48) Applicable for all FA households and any SNA household with at least one child or medically verified pregnant woman. All others enter zero (0).		
31.	Total deductions (line 28 plus line 30)		
32.	S/M net earned income (line 27 minus line 31)		
33.	S/M unearned income (from line 10)		
34.	Total S/M income (line 32 plus line 33)		
35.	S/M needs subtotal (line 21)		
36.	OCSE sanction: enter 25% needs reduction amount, if applicable (multiply amount on line 35 by 0.25)		
37.	Total S/M needs (line 35 minus line 36)		
38.	Budget deficit (line 37 minus line 34 – round down to the nearest 50¢) Enter amount if greater than zero (0). If equal to or less than zero (0) do not enter amount here, enter amount on line 39.	-	-
39.	Budget surplus – if amount on line 34 is equal to or more than line 37, the household has failed the net income test and is not eligible for PA. [†]	+	+
40.	Enter employment/substance abuse pro rata sanction amount, if applicable (prorated share of line 38)		
41.	S/M budget deficit (line 38 minus line 40 – round down to the nearest 50¢)	PA Grant	PA Grant

[†]If one suffix fails the poverty or net income test, recalculate the needs of the remaining suffix(es), excluding the ineligible suffix. Provide full allowances or an increased prorated share based on the number of remaining suffix(es).

Section 4B: Net Income Test

New cases or cases closed for four (4) months or more

		Suffix _____	Suffix _____
42.	S/M gross earned income (line 1)		
43.	S/M standard deduction – \$45 S/M		
44.	Net S/M earned income (line 42 minus line 43)		
45.	Total S/M unearned income (line 10)		
46.	Total S/M income (add lines 44 and 45)		
47.	Total S/M needs (line 21 – round down to the nearest 50¢)		
48.	OCSE sanction: Enter 25% needs reduction amount, if applicable (multiply amount on line 47 by 0.25)		
49.	S/M needs (line 47 minus line 48)		
50.	Subtotal budget deficit (line 49 minus line 46 – round down to nearest 50¢). If line 46 is equal to or more than line 49, enter zero (0).	-	-
51.	Budget surplus – if line 50 is equal to zero (0) STOP; H/H is ineligible for PA. If line 50 is greater than zero (0), continue. [†]	+	+
52.	Income disregard (applicable for all FA households and any SNA household with at least one child or medically verified pregnant woman). Multiply the amount on line 44 by 0.48.		
53.	S/M net earned income (line 44 minus line 52)		
54.	Total S/M needs (line 47)		
55.	Total income (line 45 plus line 53)		
56.	Budget deficit (line 54 minus line 55 – round down to the nearest 50¢)	PA Grant	PA Grant
57.	Enter employment/substance abuse pro rata sanction amount, if applicable (prorated share of line 56)		
58.	S/M budget deficit (line 56 minus line 57 – round down to the nearest 50¢)		

[†]If one suffix fails the net income test, recalculate the needs of the remaining suffix(es), excluding the ineligible suffix. Provide full allowances or an increased prorated share based on the number of remaining suffix(es).

Section 5: Income for Food Stamp Calculation

		Suffix _____	Suffix _____
59.	Add together the budget deficits for each suffix (line 38 or line 56) and enter the total. This amount is also entered on line 4 of form W-122D/DD . For alien cases with individuals ineligible for food stamps, enter only the prorated public assistance of eligible individuals on line 4 of form W-122D/DD .		

Authorization Period: From: _____ To: _____.

Worker's Signature

Date

Supervisor's Signature

Date



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Cálculo del Presupuesto para Asistencia Pública
(Vigente el 1ro de junio, 2007)

Otro(s) Beneficiario(s) Elegible(s)

Nombre	I.	Apellido	Categoría	Sufijo

SAMPLE

Sección 1: Cálculos de Ingreso/Necesidades

(Asegúrese de usar la tabla de conversión para cantidades semanales y mensuales.) Anote las cantidades quincenales.

Número Total en el hogar _____

A. Ingreso		Sufijo _____	Sufijo _____
1.	Ingreso bruto salarial quincenales	\$	\$
Ingreso No Salarial:			
2.	Ingreso neto quincenal por huésped/inquilino		
3.	Indemnización para Trabajadores		
4.	Indemnización por Incapacidad del Estado de Nueva York		
5.	Seguro de Desempleo		
6.	Beneficios de Seguro Social		
7.	Pensión o indemnización para veteranos		
8.	Ingreso por mantenimiento niños/pensión alimenticia ^{TT} (deduzca \$25 de la cantidad quincenal)		
9.	Otro ingreso (detalle):		
10.	Ingreso Total No Salarial (sume las líneas 2-9)		
11.	Total de ingreso bruto salarial quincenal (sume las líneas 1 y 10)		

^{TT} El mantenimiento de niños se toma en cuenta sólo al determinar la elegibilidad para asistencia inicial. Si se determina elegible para asistencia, el mantenimiento de niños no se incluye en el presupuesto. Sin embargo, se le asigna a la Agencia por medio de la Oficina de Aplicación del Mantenimiento de Niños (Office of Child Support Enforcement).

Número Total en el Hogar _____

B. Necesidades		Cantidad Quincenal a Prorratear	Sufijo _____	Sufijo _____
Necesidades Quincenales			Personas bajo este sufijo _____	Personas bajo este sufijo _____
12.	Asignación por familia		\$	\$
13.	Concesión para energía			
14.	Concesión para energía			
15.	Asignación por embarazo			
16.	Otra necesidad			
17.	Asignación normal (sume desde la línea 12 a la 16)			
18.	Asignación de vivienda*			
19.	Subtotal de necesidades (sume las líneas 17 y 18)			
20.	Porción del SSI prorrateado			
21.	Total de necesidades (línea 19 menos línea 20)			

*Hasta el máximo permisible por la Agencia al menos que este alojado(a) temporalmente en un refugio de acuerdo a los códigos de vivienda 06, 13, 14, 15, 16, 19, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 42 o 43. Para estos tipos de refugios anote el costo real de alojamiento temporal.

SAMPLE

Sección 2: Cálculo de la Limitación del 185% del Ingreso Bruto

		Sufijo _____	Sufijo _____
22.	Multiplique la cantidad en la línea 21 por 1.85.		
23.	Compare la cantidades marcada en la línea 11 con la cantidad de la línea 22. (a) Si la cantidad en la línea 11 supera la cantidad en la línea 22, el hogar no califica según la Limitación del 185% del Ingreso Bruto y no es elegible para asistencia pública (public assistance – PA) – marque <input checked="" type="checkbox"/> no elegible. No siga llenando el formulario. Complete el formulario W-122D para determinar si tiene derecho a cupones para alimentos (food stamps – FS). [†] (b) Si la cantidad en la línea 11 es menor que la cantidad en la línea 22, el hogar califica según la Limitación del 185% del Ingreso Bruto – marque <input checked="" type="checkbox"/> la casilla elegible. Complete la Sección 3.	<input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Elegible	<input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Elegible

[†]Si un sufijo no pasa la prueba de pobreza o de ingreso neto, vuelva a calcular las necesidades de los sufijos restantes, sin incluir aquellos que no sean elegibles. Proporcione una asignación completa o aumento de porción prorrateada de acuerdo al número de sufijo(s) que resten.

Nota: Para los hogares que reciban ingresos y residan en viviendas temporarias (códigos de vivienda 06, 13, 14, 15, 16, 19, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 42 o 43) Llene la Hoja de Cálculos de Necesidades y Contribuciones para Familias en Viviendas Temporarias (**W-648D**) para determinar las necesidades del hogar y la cantidad de los ingresos que se debe destinar al costo de la vivienda temporaria si no hubiese ningún ingreso en el hogar, continúe a la sección 4A o 4B según le corresponda.

Sección 3: Prueba de Pobreza

Códigos de refugio 06, 13, 14, 15, 16, 19, 27, 28, 29, 31, 33, 34 y 35 quedan exentos de la Prueba de Pobreza. Todos los demás códigos de refugio requieren la Prueba de Pobreza.

		Sufijo _____	Sufijo _____
24.	Anote el total del ingreso quincenal que aparece en la línea 11.		
25.	Anote la cantidad según los niveles de pobreza y el número de miembros en el hogar que aparece en la tabla de referencia.		
26.	Compare las cantidades que aparecen en las líneas 24 y 25: (a) Si la cantidad de la línea 24 supera a la cantidad en la línea 25, el ingreso del hogar está por encima del nivel de pobreza por lo cual no califica para asistencia pública.† (b) Si la cantidad de la línea 24 resulta menos o igual a la cantidad de la línea 25, el ingreso del hogar está por debajo del nivel de pobreza y por consiguiente califica para asistencia pública.	<input type="checkbox"/> No Elegible <input type="checkbox"/> Elegible	<input type="checkbox"/> No Elegible <input type="checkbox"/> Elegible

†Si un sufijo no pasa la prueba de pobreza o de ingreso neto, vuelva a calcular las necesidades de los sufijos restantes, sin incluir aquellos que no sean elegibles. Proporcione una asignación completa o aumento de porción prorrateada de acuerdo al número de sufijo(s) que resten.

Si el hogar está por debajo de los niveles de pobreza, prosiga.



Código de Refugio _____
Niveles de Pobreza del 2007
Tabla de Referencia

Núm. de miembros en el hogar	Límite Quincenal
1	\$425.42
2	\$570.42
3	\$715.15
4	\$860.42
5	\$1,005.42
6	\$1,150.42
7	\$1,295.42
8	\$1,440.42
Para cada persona adicional, añada \$145.00 quincenal.	

Sección 4A: Prueba de Ingreso Neto
Casos Activos de Asistencia Pública y cerrados por menos de cuatro (4) meses

		Sufijo ____	Sufijo ____
27.	Ingreso bruto salarial quincenal (línea 1)		
28.	Deducción normal – \$45 quincenal		
29.	Ingreso que califica para descuento del 48% (línea 27 menos línea 28)		
30.	Descuento del 48% al ingreso salarial (multiplique la cantidad en la línea 29 por 0.48) Le corresponde a todos los hogares en Asistencia Familiar (FA) y a todos los de Asistencia de la Red de Seguridad (SNA) con por lo menos un niño o mujer con embarazo clínicamente comprobado. Para todos los demás anote cero (0).		
31.	Total de las deducciones (suma la línea 28 a la línea 30)		
32.	Ingreso bruto salarial quincenal (línea 27 menos línea 31)		
33.	Ingreso no salarial quincenal (línea 10)		
34.	Ingreso total quincenal (suma la línea 32 a la línea 33)		
35.	Subtotal quincenal de necesidades (línea 21)		
36.	Sanción de OCSE: Anote la cantidad de la reducción del 25% de necesidades, si le corresponde (multiplique la cantidad de la línea 35 por 0.25)		
37.	Total quincenal de necesidades (línea 35 menos línea 36)		
38.	Déficit presupuestario (línea 37 menos la 34 – redondee reduciendo a los 50¢ más cercanos). Si la cantidad resulta mayor a cero (0), anótela. Si dicha cantidad resulta cero (0) o menos anótela en la línea 39 y no aquí.		-
39.	Sobrante de presupuesto – Si la cantidad en la línea 34 equivale o supera la de la línea 37, el hogar no pasó la prueba de ingreso neto, y por tanto, no es elegible para asistencia pública.†	+	+
40.	Anote la cantidad prorrateada de la sanción de empleo/drogadicción, si le corresponde (cantidad de línea 38 prorrateada)		
41.	Deficit presupuestario quincenal (reste la línea 38 de la línea 40 – redondee la cifra a los 50¢ más cercanos)	Concesión PA	Concesión PA

†Si un sufijo no pasa la prueba de pobreza o de ingreso neto, vuelva a calcular las necesidades de los sufijos restantes, sin incluir aquellos que no sean elegibles. Proporcione una asignación completa o aumento de porción prorrateada de acuerdo al número de sufijo(s) que resten.

Sección 4B: Prueba de Ingreso Neto

Casos nuevos o cerrados por cuatro (4) meses o más

		Sufijo _____	Sufijo _____
42.	Ingreso bruto salarial quincenal (línea 1)		
43.	Deducción normal quincenal – \$45 quincenal		
44.	Ingreso neto salarial quincenal (línea 42 menos línea 43)		
45.	Total quincenal de ingresos no salariales (línea 10)		
46.	Total quincenal de ingresos (sume la cantidad de las líneas 44 y 45)		
47.	Total de necesidades quincenales (cantidad de la línea 21 – redondee a los 50¢ más cercanos)		
48.	Sanción de OCSE: Anote la cantidad de la reducción del 25% de necesidades, si le corresponde (multiplique la cantidad de la línea 47 por 0.25)		
49.	Necesidades quincenales (cantidad de la línea 47 menos la cantidad de la línea 48)		
50.	Subtotal del déficit presupuestario (deduzca la línea 46 de la línea 49 – redondee la cifra a los 50¢ más cercanos). Si la cantidad de la línea 46 equivale o supera la cantidad de la línea 49, anote cero (0).	-	-
51.	Sobrante de presupuesto – si la línea 50 es igual a cero (0), DETÉNGASE; el hogar no es elegible para asistencia pública. Si la línea 50 resulta más de cero (0), prosiga.†	+	+
52.	Descuento del ingreso (le corresponde a todos los hogares en Asistencia Familiar [FA] y cualquier hogar en Asistencia de la Red de Seguridad [SNA] donde resida un niño o mujer con embarazo clínicamente comprobado). Multiplique la cantidad de la línea 44 por 0.48.		
53.	Ingreso neto salarial quincenal (reste la línea 44 de la línea 52)		
54.	Total de necesidades quincenales (línea 47)		
55.	Ingreso total (línea 45 más línea 53)		
56.	Déficit presupuestario (línea 54 menos línea 55 – redondee la cifra a los 50¢ más cercanos)	Concesión PA	Concesión PA
57.	Anote la cantidad prorrateada conforme a la sanción de empleo/abuso de sustancias, si le corresponde (cantidad de línea 56 prorrateada)		
58.	Déficit presupuestario quincenal (cantidad en línea 56 menos la cantidad de la línea 57 – redondee la cifra a los 50¢ más cercanos)		

†Si un sufijo no pasa la prueba de pobreza o de ingreso neto, vuelva a calcular las necesidades de los sufijos restantes, sin incluir aquellos que no sean elegibles. Proporcione una asignación completa o aumento de porción prorrateada de acuerdo al número de sufijo(s) que resten.

Sección 5: Cálculos de Ingreso para Cupones para Alimentos

		Sufijo _____	Sufijo _____
59.	Sume los déficits presupuestarios de cada sufijo (línea 38 o línea 56) y anote el total. Esta cantidad también se anota en la línea 4 del formulario W-122D/DD . Para casos de con personas inelegibles para cupones para alimentos, anote en la línea 4 del formulario solamente la cantidad prorrateada de asistencia pública de las personas elegibles W-122D/DD .		

Período de Autorización: De: _____ A: _____.

Firma del Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Caseload: _____
Center: _____

Income Contribution Worksheet for Families in Temporary Housing

To be used in conjunction with form **W-648** or WMS PA budget calculation
(Effective June 1, 2007)

SAMPLE

S/M Needs		Enter Semimonthly Amounts Below
1.	Preadded allowance	
2.	Home energy allowance	
3.	Restaurant allowance	
4.	Temporary housing allowance	
5.	Other (specify):	
6.	Total needs (add lines 1-5)	
Net Income		
7.	Semimonthly (S/M) gross income	
8.	Enter the S/M poverty level for H/H size	
9.	Subtract line 8 from line 7 (If line 8 is more than line 7, enter zero [0].)	
10.	Enter the amount from line 7 or line 8, whichever is <u>LESS</u>	
11.	Subtract a \$45 S/M standard work deduction from line 10 for each employed individual and enter the result	
12.	Earned income disregard (line 11 x 0.48) for each employed individual. Applicable for all FA households and any SN household with at least one child or a medically verified pregnant woman. All others enter zero (0).	
13.	Line 11 minus line 12	
14.	Net S/M earned income (add line 9 and line 13)	
15.	S/M child support income (If \$25 or more S/M, subtract \$25 and enter balance. If less than \$25, enter zero [0].)	
16.	Other S/M unearned income (specify):	
17.	Total S/M net income (add lines 14, 15 and 16)	

Budget Deficit		
18.	Total needs (line 6)	
19.	Total S/M net income (line 17)	
20.	Budget deficit (line 18 minus 19 – round down to nearest .50)	
Participant's S/M Contribution		
21.	Actual S/M shelter cost (line 4)	
22.	Budget deficit (enter amount from line 20)	
23.	Participant's S/M contribution toward shelter cost (line 21 minus line 22)	

Authorization Period: From: _____ To: _____.

Worker's Signature

Date

Supervisor's Signature

Date

SAMPLE



Fecha: _____
 Número del Caso: _____
 Nombre del Caso: _____
 Unidad de Casos: _____
 Centro: _____

**Hoja de Contribución de Ingresos para
Familias Residentes en Viviendas Temporales**

A usarse conjuntamente con un formulario W-648 (S) o con cálculo presupuestarios de WMS PA
(Vigente el 1ro de junio, 2007)

Necesidades Quincenales		Indique Cantidades Quincenales Más Abajo
1.	Asignación añadida por anticipado	
2.	Asignación para energía del hogar	
3.	Asignación para restaurantes	
4.	Asignación para vivienda temporal	
5.	Otras necesidades (favor de detallar):	
6.	Suma de todas las necesidades (sume las líneas 1-5)	
Ingreso Neto		
7.	Ingreso quincenal (Q) bruto	
8.	Anote el nivel quincenal de pobreza correspondiente al número de miembros en el hogar	
9.	Reste la línea 8 de la línea 7 (Si la línea 8 es más que la línea 7, anote cero [0].)	
10.	Marque la <u>MENOR</u> de las cantidades de las líneas 7 y 8	
11.	Reste la deducción normal de trabajo (\$45 Q) de la línea 10 por cada persona empleada y anote el resultado	
12.	Descuento del ingreso salarial (línea 11 x 0.48) por cada persona empleada. De aplicación para todos los hogares de FA o de SN con al menos un niño(a) o embarazo clinicamente comprobado. De lo contrario anote cero (0).	
13.	Línea 11 menos línea 12	
14.	Ingreso salarial neto y quincenal (sume las cantidades de las líneas 9 y 13)	
15.	Ingreso quincenal de mantenimiento de niños (De ser \$25 o más quincenalmente, deduzca \$25 y marque el saldo. Si menos de \$25, marque cero [0].)	
16.	Ingresos Q no salariales adicionales (favor de detallar):	
17.	Ingreso Q neto total (sume las líneas 14, 15 y 16)	

Déficit del Presupuesto		
18.	Cantidad total de necesidades (línea 6)	
19.	Ingreso Q neto total (línea 17)	
20.	Déficit del presupuesto (línea 18 menos línea 19 – redondee hacia los .50 más cercanos)	
Contribución Quincenal del Participante		
21.	Costo Q actual de alojamiento (línea 4)	
22.	Déficit presupuestario (anote la cantidad de la línea 20)	
23.	Contribución Q del participante destinada al alojamiento (línea 21 menos línea 22)	

Período de Autorización: De: _____ A: _____.

Firma del Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

SAMPLE