



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 #07-79-OPE

SIGNATURE FIELD REVISIONS AND OTHER CHANGES TO SELECTED NOTICES

Date: June 29, 2007	Subtopic(s): Forms
<p>  This procedure can now be accessed on the FIAweb </p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to announce to all Job Center Workers that the Supervisor signature field has been removed on the notices listed below and the Worker signature field has been renamed “Authorized by.”</p> <p>Both Worker and Supervisor signatures are no longer required on these notices. Workers can now complete the “Authorized by” field without Supervisory sign off.</p> <p>The revised notices are:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EBT-23 Notice of Special Public Assistance and/or Food Stamp Benefit (Rev. 6/28/07) • M-3mm Notification of Application Withdrawal (Cash Assistance, Food Stamp and Medical Assistance) (Rev. 6/28/07) • M-40k Notice of Denial of Expedited Food Stamp Service or Inability to Issue Food Stamp Benefits (Rev. 6/28/07) • W-122D Monthly Food Stamp Budget Worksheet (PA) –Part 1 (Rev. 6/28/07) • W-122DD Food Stamp Budget Worksheet (PA – SSI/Aged/Disabled) (Rev. 6/28/07) • W-145 Notice of Intent to Restrict Shelter Allowance (Timely) (Rev. 6/28/07) • W-145HH Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need or Special Allowance (For Applicant Only) (Rev. 6/28/07) • W-145VV Notice of Change in Cash Payment (Rev. 6/28/07) • W-607Q Referral for Photo/Signature (Rev. 6/28/07) • W-636 Notice of Special Grant (Rev. 6/28/07)


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 **M-40k** and **W-145HH** have been further revised as follows:

- **M-40k:**
 - In the 1st check box, the phrase “not eligible for food stamp benefits on an expedited basis because” was changed to “not eligible for Expedited Food Stamp service because.”
 - A 3rd check box, “You failed to comply with an initial eligibility interview within seven days after filing of application,” was added.
 - The phrase “under Case Number” was added to the sentence in the 4th check box.
 - A 5th check box, “You are ineligible due to program rules,” was also added.
- **W-145HH:**
 - A box entitled “other” was added after the “health and safety kits” box.
 - Under the subhead Medical Assistance, the language was changed to read, “telephone number listed on page 1.”

Center Directors must ensure that all previous versions, including the multilingual equivalents, are removed from circulation and recycled.

Effective Immediately

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Attachments:

- **EBT-23** Notice of Special Public Assistance and/or Food Stamp Benefit (Rev. 6/28/07)
- **EBT-23(S)** Notice of Special Public Assistance and/or Food Stamp Benefit (Spanish) (Rev. 6/28/07)
- **M-3mm** Notification of Application Withdrawal (Cash Assistance, Food Stamp and Medical Assistance) (Rev. 6/28/07)
- **M-3mm(S)** Notification of Application Withdrawal (Cash Assistance, Food Stamp and Medical Assistance) (Spanish) (Rev. 6/28/07)
- **M-40K** Notice of Denial of Expedited Food Stamp Service or Inability to Issue Food Stamp Benefits (Rev. 6/28/07)
- **M-40K(S)** Notice of Denial of Expedited Food Stamp Service or Inability to Issue Food Stamp Benefits (Spanish) (Rev. 6/28/07)
- **W-122D** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (PA) –Part 1
- **W-122D(S)** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (PA) –Part 1 (Spanish) (Rev. 6/28/07)
- **W-122DD** Food Stamp Budget Worksheet (PA – SSI/Aged/Disabled) (Rev. 6/28/07)

- **W-122DD(S)** Food Stamp Budget Worksheet (PA – SSI/Aged/Disabled) (Spanish) (Rev. 6/28/07)
- **W-145** Notice of Intent to Restrict Shelter Allowance (Timely) (Rev. 6/28/07)
- **W-145(S)** Notice of Intent to Restrict Shelter Allowance (Timely) (Spanish) (Rev. 6/28/07)
- **W-145HH** Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need or Special Allowance (For Applicants Only) (Rev. 6/28/07)
- **W-145HH(S)** Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need or Special Allowance (For Applicants Only) (Spanish) (Rev. 6/28/07)
- **W-145VV** Notice of Change in Cash Payment (Rev. 6/28/07)
- **W-145VV(S)** Notice of Change in Cash Payment (Spanish) (Rev. 6/28/07)
- **W-607Q** Referral for Photo/Signature (Rev. 6/28/07)
- **W-636** Notice of Special Grant (Rev. 6/28/07)
- **W-636(S)** Notice of Special Grant (Spanish) (Rev. 6/28/07)



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Category: _____
Suffix: _____
Center Number: _____
Center Telephone Number: _____

Notice of Special Public Assistance and/or Food Stamp Benefit

This is to advise you that we are authorizing a special public assistance benefit(s) in the amount of:

\$ _____ from: _____ to: _____ for the following reasons:

\$ _____ from: _____ to: _____ for the following reasons:

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

This is to advise you that we are authorizing a special Food Stamp Benefit in the amount of:

\$ _____ from: _____ to: _____ for the following reasons:

\$ _____ from: _____ to: _____ for the following reasons:

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

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

Authorized by _____

Date _____



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Categoría: _____
Sufijo: _____
Número del Centro: _____
Núm. de Teléfono del Centro: _____

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

Por la presente le informamos de que hemos autorizado un(os) beneficio(s) especial(es) de asistencia pública por la cantidad de:

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

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

Esta(s) concesión(es) estará(n) disponible(s) el _____ o después. Si no está(n) disponible(s) en las fechas indicadas, favor de llamar y preguntar a su Centro de Trabajo solamente.

Por la presente le informamos de que hemos autorizado un(os) beneficio(s) especial(es) de Cupones para Alimentos por la cantidad de:

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

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

Esta(s) concesión(es) estará(n) disponible(s) el _____ o después. Si no está(n) disponible(s) en las fechas indicadas, favor de llamar y preguntar a su Centro de Trabajo o Centro de Cupones para Alimentos solamente.

Usted necesitará una tarjeta de identificación con foto de CBIC para recoger este beneficio. Si no tiene una, llame al número indicado más arriba para más información sobre cómo obtenerla.

Autorizado por

Fecha



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Caseload: _____
Center: _____
FH&C Telephone: _____

**Notification of Application Withdrawal
(Cash Assistance, Food Stamps and Medical Assistance)**

The Agency's decision(s) on your application dated _____ is/are explained below, next to the checked box(es)

Cash Assistance (Public Assistance)

You have withdrawn your application for cash assistance.

Food Stamps

You have withdrawn your application for food stamps.

Medical Assistance

You have withdrawn your application for medical assistance.

If you withdraw your application for cash assistance, food stamps, or medical assistance, you may reapply at any time for any program.

SAMPLE

Your Right to a Fair Hearing

You have a right to a Fair Hearing even if you have agreed in writing that your application should be withdrawn but you feel that you were given incorrect or incomplete information about your eligibility for the covered program or service. See regulation 18 NYCRR § 358-3.1 (b) (1).

If your situation is extremely serious, please explain your situation; the State will attempt to process your request for a Fair Hearing as quickly as possible. If you call to request a Fair Hearing, please be prepared to explain your situation to the person who answers the phone.

Authorized by

Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION SECTION
OF THIS NOTICE ON 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 on **page 1** of this notice. 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.

STATE FAIR HEARING

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

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within ninety (90) days from the date of the notice 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.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

SAMPLE

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last

Address: _____
Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Unidad de Casos: _____
Núm. de Tel. de FH&C: _____

**Aviso de Retiro de la Solicitud
(Asistencia de Dinero en Efectivo, Cupones para Alimentos y Asistencia Médica)**

La decisión(es) con respecto a su solicitud con fecha _____ se explica(n) más abajo, junto a la(s) casilla(s) marcada(s)

Asistencia de Dinero en Efectivo (Asistencia Pública)

Usted ha retirado su solicitud de asistencia de dinero en efectivo.

Cupones para Alimentos

Usted ha retirado su solicitud de cupones para alimentos.

Asistencia Médica

Usted ha retirado su solicitud de asistencia médica.

Si usted retira su solicitud de asistencia de dinero en efectivo, cupones para alimentos o asistencia médica, puede volver a presentar su solicitud en cualquier momento para cualquiera de los programas.

SAMPLE

Su Derecho a una Audiencia Imparcial

Usted tiene derecho a una Audiencia Imparcial aún si ha aceptado por escrito que su solicitud sea retirada, pero estima que le proporcionaron información incorrecta o incompleta sobre su elegibilidad respecto al programa o servicio cubierto. Vea la disposición reglamentaria 18 NYCRR § 358-3.1 (b) (1).

Si su situación resulta extremadamente grave, favor de proporcionar detalles; el Estado intentará tramitar su solicitud de una Audiencia Imparcial lo más pronto posible. Si nos llama para pedir una Audiencia Imparcial, favor de estar listo para explicar su situación a la persona que conteste el teléfono. De igual forma explique su situación cuando escriba para solicitar una Audiencia Imparcial si lo decide e incluya una copia de este aviso.

Autorizado por

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR 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 escríbanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. 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.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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 cualquiera 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 como 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

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 y/o asistencia médica y noventa (90) días para asuntos 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.

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

SAMPLE

Nombre en
letra de molde: _____ Case Number: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____
Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____

Notice of Denial of Expedited Food Stamp Service or Inability to Issue Food Stamp Benefits

The Agency's decision(s) regarding your application(s) is/are explained below next to the checked (☑) box(es).

- We have determined your household is not eligible for Expedited Food Stamp service because:
- You do not meet any of the following criteria for Expedited Food Stamp service:
 - Your household's total income for the month must be less than \$150 and total liquid resources must not exceed \$100; or
 - Your household's total expenses must be more than your total income and liquid resources; or
 - You are a destitute migrant or seasonal farm worker with no more than \$100 in liquid resources.
 - You failed to comply with an initial eligibility interview within seven days after filing of application.

Although you do not qualify for Expedited Food Stamp service, you may still be eligible for regular monthly Food Stamp benefits. A denial of Expedited Food Stamp service does not affect your eligibility for Food Stamp benefits. You will be notified in writing within 30 days of the date you filed your application about your eligibility.

- You will get regular Food Stamp benefits this month under Case Number _____.
- You are ineligible due to program rules:

The law(s) and/or regulation(s) allowing us to do this is/are: NYCRR § 387.8, § 387.9, § 387.14 and/or § 387.15.

- We have determined your household is eligible for Food Stamp benefits under the Expedited Food Stamp service criteria. However, these benefits cannot be issued at this time because your identity cannot be verified. Benefits will be released when your identity is verified.
- We have determined your household is eligible for Food Stamp benefits under the Expedited Food Stamp service criteria. However, the last time we gave you Food Stamp benefits was on an expedited basis, pending outstanding documentation, which you failed to submit. As a result, these benefits cannot be issued to you until you submit all the outstanding documentation. When we receive the outstanding documentation, we will use that to determine your Food Stamp benefit amount and your benefits will be released at that time.

The law(s) and/or regulation(s) allowing us to do this is/are: NYCRR § 387.8 (3) and 7CFR 273.2 (i)(iv).

Authorized by _____

Date _____



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Aviso de Rechazo de Servicio Acelerado de Cupones para Alimentos o Incapacidad de Expedir Beneficios de Cupones para Alimentos

La(s) decisión(es) de esta Agencia con respecto a su(s) solicitud(es) se explica(n) más abajo junto a la(s) caja(s) marcada(s) ().

Hemos determinado que su hogar no tiene derecho a recibir servicio Acelerado de Cupones para Alimentos porque:

Usted no cumple ninguno de los siguientes requisitos para servicio Acelerado de Cupones para Alimentos:

- El ingreso mensual total de su hogar tiene que ser menos de \$150 y sus recursos monetarios disponibles no deben sobrepasar los \$100; o
- El total de los gastos de su hogar tiene que ser más que su ingreso total y recursos líquidos; o
- Usted es un trabajador itinerante o labriego temporal que no posee más de \$100 en recursos líquidos.

Usted no cumplió con la entrevista inicial de elegibilidad dentro de siete días tras haber presentado solicitud.

Aunque usted no cumple los requisitos para recibir servicio Acelerado de Cupones para Alimentos, puede que sí tenga derecho a beneficios normales y mensuales de Cupones para Alimentos. El rechazo de servicio Acelerado no afecta su derecho a beneficios de Cupones para Alimentos. Se le notificará por escrito con respecto a su elegibilidad dentro de 30 días a partir de la fecha en que usted presentó su solicitud.

Usted recibirá beneficios normales de Cupones para Alimentos este mes bajo el Núm. de Caso _____.

Usted es inelegible debido a las reglas del programa:

La(s) disposición(es) legal(es) y reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal forma es/son: NYCRR § 387.8, §387.9, § 387.14 and/or § 387.15.

Hemos determinado que su hogar cumple los requisitos para el Servicio Acelerado de Cupones para Alimentos. Sin embargo, actualmente estos beneficios no se pueden expedir porque su identidad aún no ha sido comprobada. Una vez se compruebe su identidad, los beneficios serán expedidos.

Hemos determinado que su hogar cumple los requisitos para el servicio Acelerado de Cupones para Alimentos. Sin embargo, en el último servicio Acelerado de Cupones para Alimentos, usted no presentó la documentación solicitada. Por consiguiente, los beneficios en cuestión no pueden expedirse hasta que usted presente dicha documentación. Al recibirla, esta documentación nos servirá para determinar la cantidad de beneficios de Cupones para Alimentos que le corresponde. Luego procederemos a expedir dichos beneficios.

La(s) disposición(es) legal(es) y reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal forma es/son: NYCRR § 387.8 (3) and 7CFR 273.2 (i)(iv).



Monthly Food Stamp Budget Worksheet (PA) – Part 1

Effective October 1, 2006
130% Gross Income Limitation Worksheet

Job Center Number: _____

	Basic Case Name	Basic Case Type
Other Eligible Payee(s)	Name:	Case Type (Suffix 2):
	Name:	Case Type (Suffix 3):
	Name:	Case Type (Suffix 4):

Complete Part 1 before Part 2. If box 11(a) is checked (ineligible), case is ineligible. Do not complete Part 2. If box 11(b) is checked (eligible), complete Part 2. Enter semimonthly (S/M) amounts. Do not round down amounts.

A. Income

1. Semimonthly Gross Earned Income	\$	
2. Net S/M Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 and 2		
4. S/M PA Grant (For hotel/emergency shelter cases include maximum shelter allowance for family size instead of actual rent.)		
5. S/M Direct Rent Payment		
6. S/M Gross Unearned Income (Do not enter employment income on this line.)		
7. Add lines 3, 4, 5 and 6		
8. S/M Legally Obligated Child Support Payment		
9. Subtract line 8 from line 7		

B. 130% Gross Income Test

10. Enter maximum gross income amount for household size from table on page 2.	\$	
11. Compare amount entered on line 9 with amount entered on line 10. (a) If amount entered on line 9 is greater than the amount on line 10, household does not meet 130% Gross Income Limitation and is ineligible for Food Stamp benefits. Check "Ineligible" box. Do not complete Part 2. (b) If amount entered on line 10 is greater than amount entered on line 9, household meets 130% Gross Income Limitation. Check "Eligible" box. Complete Part 2 on pages 3–5.	<input type="checkbox"/> Ineligible <input type="checkbox"/> Eligible	

C. Household Composition

(A) Non-PA/Non-SSI 59 or Under	(B) Number on PA	(C) Total in Household	(D) Number Disqualified	(E) Number Eligible

130% Gross Income Table	
Household Size	Semimonthly Gross Income
1	\$531.00
2	\$715.00
3	\$899.50
4	1,083.50
5	\$1,267.50
6	\$1,452.00
7	\$1,636.00
8	\$1,820.00
Each additional member	\$184.50

Monthly Food Stamp Budget Worksheet (PA) – Part 2

Effective October 1, 2006

Do not complete Part 2 until you have completed the 130% Gross Income Test (see pages 1–2). Enter semimonthly amounts. Do not round down amounts.

A. Income

1. Semimonthly (S/M) Gross Earned Income	\$	
2. Net S/M Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 and 2		
4. S/M PA Grant (For hotel/emergency shelter cases, include maximum shelter allowance for family size instead of actual rent.)		
5. S/M Direct Rent Payment		
6. S/M Gross Unearned Income (Do not enter employment income on this line.)		
7. Add lines 3, 4, 5 and 6		
8. S/M Legally Obligated Child Support Payment		
9. Subtract line 8 from line 7	A.	

SAMPLE

B. Deductions

10. 20% of line 3	\$	
11. Standard Deduction – Semimonthly: Select one below. a) 1–3 person household \$67.00 b) 4-person household \$69.50 c) 5-person household \$81.00 d) 6+-person household \$93.00		
12. S/M Child/Dependent Care Costs (maximum dependent child care deduction is \$100 S/M for children under 2 years of age and \$87.50 S/M for dependents 2 years of age or older)		
13. S/M Automated Recoupment: Enter S/M recoupment for duplicate check fraud or offense codes 01–32 and 99 only. For all other automated recoupments, make no entry.		
13a. S/M Homeless Shelter Deduction (\$71.50) or actual expense, whichever is greater.		
14. Add lines 10, 11, 12, 13, 13a	B.	

C. Adjusted Income

15. Subtract B from A (line 14 from line 9)	C.	\$
--	----	----

D. Shelter Costs

16. S/M Actual Rent or Mortgage Billed to Household (For hotel/emergency shelter cases, enter maximum shelter allowance for family size.)	\$	
17. Other S/M Expense (real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)		
18. Semimonthly Utility Allowance		
a. Enter zero (0) for shelter code 23.		
b. With rent or heating or air conditioning expense: Enter the S/M standard combined heat, utility and phone allowance of \$288.50. No documentation is required for shelter codes 01, 03, 20, 25, 26, 39 and 41 . Shelter codes 02, 24, 38, 40, 42, 43 and 44 may receive this allowance if documentation of heating/cooling expense is provided.		
c. With utility expenses only (no rent or heating or air conditioning expense): Enter combined utility and phone standard of \$128. All shelter codes <u>except</u> 06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42 and 43 may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.		
d. With telephone expense only (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA except shelter code 23): Enter \$16.50.		
19. Add lines 16, 17 and 18b or 18c or 18d	D.	

E. Excess Shelter Deductions

20. Enter D (Shelter Costs): Amount from line 19	\$	
21. Enter 1/2 of C (Adjusted Income): 1/2 of amount on line 15		
22. Excess Shelter Costs: Subtract line 21 from line 20. If line 20 is less than line 21, enter zero (0).		
23. Maximum S/M Shelter Deduction Allowed	208	50
24. Enter amount from line 22 or 23, whichever is less.	E.	

F. Semimonthly Food Stamp Net Income

25. Enter C (Adjusted Income): Enter the amount on line 15	\$	
26. Enter E (Excess Shelter Deduction): Amount on line 24		
27. S/M Net Food Stamp Income: Subtract line 26 from line 25	F.	

G. Monthly Food Stamp Net Income

28. Multiply amount on line 27 x 2	G.	\$	
29. Coupon Allotment: Refer to tables on forms W-129F/W-129FF using income from line 28 and household size from Part 1, box 1 (E) on page 2 of this form.	H.		00
30. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount. If none, enter zero (0).			00
31. Coupon Allotment after Recoupment: Subtract line 30 from line 29.	I.		00

Authorized by

Date

SAMPLE



Cálculo de Presupuesto de Cupones para Alimentos Mensual (PA) – Parte 1

Vigente el 1ro de octubre, 2006
Hoja de Cálculo del Límite del 130% del Ingreso Bruto

Número del Centro de Trabajo: _____

	Nombre de Caso Básico	Tipo de Caso Básico
Otro(s) Beneficiario(s) Elegible	Nombre:	Tipo de Caso (Sufijo 2):
	Nombre:	Tipo de Caso (Sufijo 3):
	Nombre:	Tipo de Caso (Sufijo 4):

Llene la Parte 1 antes de la Parte 2. Si la casilla 11(a) es marcada (inelegible), el caso es inelegible. No llene la Parte 2. Si la casilla 11(b) es marcada (elegible), llene la Parte 2. Anote las cantidades quincenales. No redondee las cantidades.

A. Ingreso

1. Ingreso Quincenal Bruto Salarial	\$	
2. Ingreso Quincenal Neto de Huésped/Inquilino o Inquilino		
3. Sume las líneas 1 y 2		
4. Concesión Quincenal de Asistencia Pública (Para casos de albergue de hotel/emergencia, incluya la asignación de albergue máxima para el tamaño de familia en vez del alquiler real.)		
5. Pago Directo Quincenal de Alquiler		
6. Ingreso Quincenal Bruto No Salarial (No anote el ingreso de empleo en esta línea.)		
7. Sume las líneas 3, 4, 5 y 6		
8. Pago Quincenal de Mantenimiento de Menores Obligado por la Ley		
9. Reste la línea 8 de la línea 7		

B. Prueba de Ingreso del 130%

10. Anote la cantidad máxima del ingreso bruto por el tamaño de la familia basado en la tabla de la página 2.	\$	
<p>11. Compare la cantidad anotada en la línea 9 con la cantidad en la línea 10.</p> <p>(a) Si la cantidad anotada en la línea 9 es mayor que la cantidad en la línea 10, el hogar no reúne la Limitación del Ingreso Bruto del 130% y no es elegible para beneficios de Cupones para Alimentos. Marque la casilla de inelegible. No llene la Parte 2.</p> <p>(b) Si la cantidad anotada en la línea 10 es mayor que la cantidad anotada en la línea 9, el hogar reúne la Limitación de Ingreso Bruto del 130%. Marque la casilla de elegible. Llene la Parte 2 en las páginas 3-5.</p>	<input type="checkbox"/> Inelegible <input type="checkbox"/> Elegible	

C. Miembros en el Hogar:

(A) Sin Asistencia Pública/Sin SSI 59 Años o Menos	(B) Número de Personas en Asistencia Pública	(C) Número de Miembros en el Hogar	(D) Número de Personas Descalificadas	(E) Número de Personas Elegibles

Índice del 130% del Ingreso Bruto	
Tamaño de la Familia	Ingreso Bruto Quincenal
1	\$531.00
2	\$715.00
3	\$899.50
4	\$1,083.50
5	\$1,267.50
6	\$1,452.00
7	\$1,636.00
8	\$1,820.00
Cada miembro adicional	\$184.50

Cálculo de Presupuesto de Cupones para Alimentos Mensual (AP) – Parte 2

Vigente el 1ro de octubre del 2006

No llene la Parte 2 hasta que haya completado la Prueba del 130% del Ingreso Bruto (vea las páginas 1–2). Anote las cantidades quincenales. No redondee las cantidades.

A. Ingreso

1. Ingreso Quincenal Bruto Salarial	\$	
2. Ingreso Quincenal Neto de Huésped/Inquilino o Inquilino		
3. Sume las líneas 1 y 2		
4. Concesión Quincenal de Asistencia Pública (Para casos de hotel/albergue de emergencia, incluya la asignación de albergue máxima para el tamaño de familia en vez del alquiler real.)		
5. Pago Directo Quincenal de Alquiler		
6. Ingreso Quincenal Bruto No Salarial (No anote el ingreso de empleo en esta línea.)		
7. Sume las líneas 3, 4, 5 y 6		
8. Pago Quincenal de Mantenimiento de Menores Obligado por la Ley		
9. Reste la línea 8 de la línea 7	A.	

B. Deducciones

10. 20% de la línea 3	\$	
11. Deducción Fija – Quincenal: Favor de seleccionar una de las siguientes. a) Hogar de 1–3 personas \$67.00 b) Hogar de 4 personas \$69.50 c) Hogar de 5 personas \$81.00 d) Hogar de 6 o más personas \$93.00		
12. Costos de Cuidado para Niños/Dependientes (la deducción máxima de cuidado infantil es de \$100 quincenales por cada niño menor de 2 años de edad y \$87.50 quincenales por dependientes de 2 años de edad o más)		
13. Recuperación Automática Quincenal: Anote la recuperación quincenal por fraude de cheques duplicados o códigos de ofensa 01–32 y 99 solamente. No anote nada para todas las otras recuperaciones automáticas.		
13a. Deducción Quincenal de Albergue para Desamparados (\$71.50) o gasto real, cualquiera que sea mayor.		
14. Sume las líneas 10, 11, 12, 13, 13a	B.	

C. Ingreso Ajustado

15. Reste B de A (línea 14 de la línea 9)	C.	\$
--	-----------	-----------

D. Costos de Albergue

16. Alquiler Quincenal Pagado o Cuenta Hipotecaria a Nombre de Miembros del Hogar (para casos de hotel/albergue de emergencia, marque la máxima asignación permitida dado el número de personas del hogar)	\$	
17. Otros Gastos Quincenales (impuestos de bienes raíces, seguro, instalación de electricidad y gas, etc.)		
18. Concesión Quincenal de Servicios Públicos		
a. Anote cero (0) para lo código de albergue 23		
b. Con gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado: Anote conjuntamente la asignación quincenal para gastos fijos de calefacción, servicios públicos y teléfono por \$288.50. No es necesaria documentación para los códigos de albergue: 01, 03, 20, 25, 26, 39 y 41 . Los códigos de albergue 02, 24, 38, 40, 42, 43 y 44 pueden recibir esta asignación solo si se proporciona documentación de gastos de calefacción/acondicionamiento.		
c. Con gastos de servicios públicos solamente: (sin alquiler ni calefacción o aire acondicionado): Anote conjuntamente los gastos fijos de servicios públicos y teléfono por \$128. Todos los códigos de albergue <u>excepto</u> 06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42 y 43 pueden recibir esta concesión si se proporciona documentación de gastos de servicios públicos.		
d. Con gastos de teléfono solamente (para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios de electricidad y gas excepto el código de albergue 23): Anote \$16.50.		
19. Sume 16, 17 y 18b o 18c o 18d	D.	

E. Deducciones de Albergue en Exceso

20. Anote D (Costos de Albergue): La cantidad de la línea 19	\$	
21. Anote la 1/2 de C (Ingreso Ajustado): La 1/2 de la cantidad de la línea 15		
22. Costos en Exceso de Albergue: Reste la línea 21 de la línea 20. Si la cantidad de la línea 20 es menos que la de la línea 21, anote cero (0).		
23. Deducción Máxima Quincenal de Albergue Permitida	208	50
24. Anote la menor de las cantidades de las líneas 22 y 23.	E.	

F. Ingreso Quincenal Neto de Cupones para Alimentos

25. Anote C (Ingreso Ajustado): Cantidad de la línea 15	\$	
26. Anote E (Deducción de Vivienda en Exceso): Cantidad en la línea 24		
27. Ingreso Neto Quincenal de Cupones para Alimentos: Reste la línea 26 de la línea 25	F.	

G. Ingreso Neto Mensual de Cupones para Alimentos

28. Multiplique la cantidad de la línea 27 x 2	G	\$
29. Porción de Cupones: Vea las tablas del formulario W-129F/W-129FF y utilice el ingreso de la línea 28 y el número de miembros del hogar de la Parte 1, casilla 1 (E) en la página 2 de este formulario.	H.	00
30. Cantidad Recuperada: Marque la cantidad recuperada. De no haberla, marque cero (0).		00
31. Porción de Cupones después de la Recuperación: Reste la línea 30 de la línea 29.	I.	00

Autorizado por

Fecha

SAMPLE



Food Stamp Budget Worksheet (PA – SSI/Aged/Disabled)*

Effective October 1, 2006

For cases with SSI or Social Security/New York State Disability Income or disabled veterans and their disabled surviving spouses and children or persons 60 years or older.

Job Center No.:	Case Name	Case Cat./No.
Other Eligible Payee(s):	Name	Category (Suff. 2)

1. Household Composition:

(A) Non-PA Non-SSI Vet./SS	(B) Non-PA Non-SSI 59 or Under	(C) Non-PA Non-SSI 60 or Older	(D) Number on SSI	(E) Number on PA	(F) Total in Household	(G) Number Disqualified	(H) Number Eligible

Enter Semimonthly (S/M) Amounts (do not round down amounts)

A. Income

1. Semimonthly Gross Earned Income	\$	
2. Net S/M Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 + 2		
4. S/M PA Grant: For hotel/emergency shelter cases, include maximum shelter allowance for family size instead of actual rent.		
5. S/M Direct Rent Payment		
6. S/M Gross Unearned Income: Do not enter employment income on this line.		
7. Add lines 3, 4, 5 and 6		
8. Income Exclusion: S/M Legally Obligated Child Support Payment		
9. Subtract line 8 from line 7	A.	

B. Deductions

10. 20% of line 3	\$	
11. Standard Deduction – Semimonthly: Select one. a) 1–3 person household \$67.00 b) 4-person household \$69.50 c) 5-person household \$81.00 d) 6+–person household \$93.00		

*The household must contain at least one SSI/Aged (60 years of age or older) or disabled household member to use this form.

12. S/M Child/Dependent Care Costs: Maximum dependent child care deduction is \$100 S/M for children under 2 years of age and \$87.50 S/M for dependents 2 years of age or older.	\$	
13. S/M Automated Recoupment: Enter S/M recoupment for duplicate check fraud or offense codes 01–32 and 99 only. For all other automated recoupments, make no entry.		
14. S/M Medical Expenses: Subtract \$17.50 from gross expense amount and enter balance. If less than zero (0), enter "000."		
14a. S/M Homeless Shelter Deduction (\$71.50) or actual expense, whichever is greater		
15. Add lines 10, 11, 12 and 14, 14a	B.	

C. Adjusted Income

16. Subtract B from A (line 15 from line 9; if less than zero [0], enter "000")	C. \$	
--	--------------	--

D. Shelter Costs

17. S/M Actual Rent or Mortgage Billed to Household: For hotel/emergency shelter cases, enter maximum shelter allowance for family size.	\$	
18. Other S/M Shelter Expense: Real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.		
19. Semimonthly Utility Allowance: Select the correct utility allowance (a, b, c or d) and enter the amount on the appropriate line.		
a. Enter zero (0) for shelter code 23		
b. With rent or heating or air conditioning expense: Enter the semimonthly standard combined heat, utility and phone allowance of \$288.50. No documentation is required for shelter codes 01, 03, 20, 25, 26, 39 and 41 . Shelter codes 02, 24, 38, 40, 42, 43 and 44 may receive this allowance if documentation of heating/cooling expense is provided.		
c. With utility expenses only (no rent or heating or air conditioning expense): Enter combined utility and phone standard of \$128. All shelter codes <u>except</u> 06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42 and 43 may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.		
d. With telephone expense only (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA except shelter code 23): Enter \$16.50.		
20. Add lines 17, 18 and 19b or 19c or 19d	D.	

E. Excess Shelter Deductions

21. Enter D (Shelter Costs): Amount from line 20	\$	
22. Enter 1/2 of C (Adjusted Income): 1/2 of amount on line 16		
23. Excess Shelter Costs: Subtract line 22 from line 21; if line 21 is less than line 22, enter zero (0).	E.	

F. Semimonthly Food Stamp Net Income

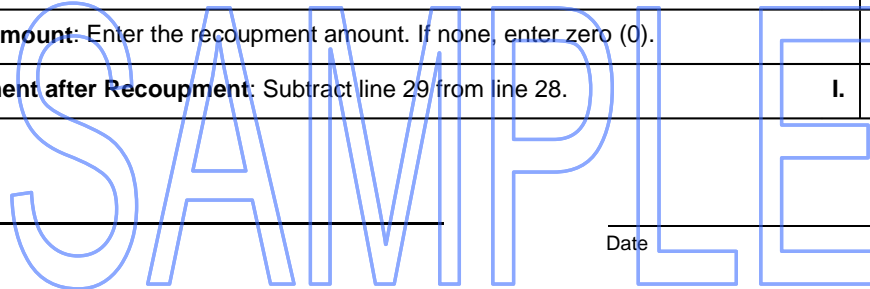
24. Enter C (Adjusted Income): Enter the amount on line 16.	\$	
25. Enter E (Excess Shelter Deduction): Amount on line 23		
26. S/M Net Food Stamp Income: Subtract line 25 from line 24	F.	

G. Monthly Food Stamp Net Income

27. Multiply amount on line 26 x 2	G. \$	
28. Coupon Allotment: Refer to tables on forms W-129F/W-129FF using income from line 27 and household size from box 1(H) on page 1 of this form.	H.	
29. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount. If none, enter zero (0).		
30. Coupon Allotment after Recoupment: Subtract line 29 from line 28.	I.	

Authorized by _____

Date _____





Cálculo de Presupuesto de Cupones para Alimentos (PA – SSI/Ancianos/Incapacitados)*

Vigente el 1ro de octubre, 2006

Para casos de personas con SSI o Ingreso de Seguro Social/del Estado de Nueva York para Incapacitados o para veteranos(as) y sus esposas(os) incapacitadas(os) sobrevivientes y niños o personas de 60 años de edad o mayores.

Núm. del Centro de Trabajo:	Nombre del Caso	Categoría del Caso/Núm.
Otra(s) Persona(s) con Derecho a Pagos:	Nombre	Categoría (Sufijo 2)

1. Distribución del Domicilio:

(A) Sin AP Sin SSI Vet./SS	(B) Sin AP Sin SSI 59 Años de Edad o Menos	(C) Sin AP Sin SSI 60 Años de Edad o Mayor	(D) Número de Personas en SSI	(E) Número de Personas en AP	(F) Número de Personas en el Hogar	(G) Número de Personas Descalificadas	(H) Número de Personas con Derecho

Anote las Cantidades por Quincenas (no redondee las cantidades)

A. Ingreso

1. Ingreso Bruto Devengado Quincenal	\$		
2. Ingreso Neto Quincenal de Huésped/Inquilino o Huésped			
3. Sume las líneas 1 + 2			
4. Concesión Quincenal de AP: Para casos de hotel/albergue de emergencia, incluya la asignación máxima de refugio para el tamaño de su familia en vez del alquiler que usted paga.			
5. Pago Directo Quincenal de Alquiler			
6. Ingreso Bruto Salarial Quincenal: No anote ingreso de empleo aquí.			
7. Sume las líneas 3, 4, 5 y 6			
8. Exclusión de Ingreso: Pago Quincenal de Mantenimiento de Menores Obligado por la Ley			
9. Reste la línea 8 de la línea 7	A.		

B. Deducciones

10. 20% de la línea 3	\$		
11. Deducción Quincenal – Fija: Elija una de las opciones. a) Hogar de 1–3 personas \$67.00 b) Hogar de 4 personas \$69.50 c) Hogar de 5 personas \$81.00 d) Hogar de 6 o más personas \$93.00			

* Este formulario se debe utilizar si por lo menos un miembro del hogar recibe SSI/es anciano (60 años de edad o más) o incapacitado.

12. Gastos Quincenales de Cuidado Infantil/de Dependientes: La deducción máxima de cuidado infantil es de \$100 quincenales por cada niño menor de 2 años de edad y \$87.50 quincenales por dependientes de 2 años de edad o más.	\$	
13. Recuperación Quincenal Automática: Anote la recuperación quincenal por fraude con cheques duplicados o códigos de ofensa 01-32 y 99 solamente. No anote todas las otras recuperaciones automáticas.		
14. Gastos Médicos Quincenales: Reste \$17.50 de la cantidad bruta y anote el balance. Si menos de cero (0), anote "000".		
14a. Anote la cantidad mayor de las dos siguientes: la Deducción Quincenal de Albergue para Desamparados (\$71.50) o el gasto real.		
15. Sume las líneas 10, 11, 12, y 14, 14a	B.	

C. Ingreso Ajustado

16. Reste B de A (línea 15 de la línea 9; si menos de cero [0], anote "000")	C.	\$
---	-----------	----

D. Gastos de Albergue

17. Alquiler Real o Hipoteca Quincenales Facturados a la Familia: Para casos de hotel/albergue de emergencia, anote la máxima asignación de albergue permitida para el tamaño de la familia.	\$	
18. Otros Gastos Quincenales de Albergue: Impuestos inmobiliarios, seguros, instalación de servicios de electricidad y gas, etc.		
19. Asignación Quincenal para Servicios de Electricidad y Gas: Escoja la asignación correcta para servicios de electricidad y gas (a, b, c o d) y anote la cantidad correcta en la línea que corresponda.		
a. Anote cero (0) para lo código de albergue 23		
b. Con gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado: Anote la asignación quincenal normal de la combinación de calefacción, servicios de electricidad y gas y teléfono de \$288.50. No se requiere documentación para los códigos de refugio: 01, 03, 20, 25, 26, 39 y 41 . Los códigos de albergue 02, 24, 38, 40, 42, 43 y 44 tienen derecho a esta asignación si se proporciona documentación de gastos de servicios de calefacción/acondicionamiento.		
c. Con gastos de servicios de electricidad y gas solamente: (sin gastos de alquiler, calefacción o aire acondicionado): Anote la deducción normal de la combinación de servicios de electricidad y gas y teléfono de \$128. Todos los códigos de albergues, <u>salvo</u> 06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42 y 43 tienen derecho a esta asignación si se proporciona documentación de gastos de servicios públicos.		
d. Con gastos de teléfono solamente (para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA excepto el código de albergue 23): Anote \$16.50.		
20. Sume las líneas 17, 18 y 19b o 19c o 19d	D.	

E. Deducciones de Albergue en Exceso

21. Anote D (Costos de Alojamiento): Cantidad de la línea 20.	\$	
22. Anote la mitad de C (Ingreso Ajustado): La mitad de la cantidad de la línea 16.		
23. Gastos de Albergue en Exceso: Reste la línea 22 de la línea 21; si la cantidad de la línea 21 es menor que la de la línea 22, anote cero (0).	E.	

F. Ingreso Neto Quincenal de Cupones para Alimentos

24. Anote C (Ingreso Ajustado): Anote la cantidad de la línea 16.	\$	
25. Anote E (Deducción de Albergue en Exceso): Cantidad de la línea 23.		
26. Ingreso Neto Quincenal de Cupones para Alimentos: Reste la línea 25 de línea 24.	F.	

G. Ingreso Neto Mensual de Cupones para Alimentos

27. Multiplique la Cantidad de la línea 26 x 2	G.	\$	
28. Porción de Cupones: Remítase a las Tablas de los formularios W-129F/W-129FF , y use el ingreso de la línea 27 y el número de personas del domicilio del encasillado 1(H) en la página 1 de este formulario.	H.		
29. Cantidad a ser Recuperada: Anote la cantidad a ser recuperada. De no haberla, anote cero (0).			
30. Porción de Cupones menos la Cantidad Recuperada: Reste la línea 29 de la línea 28.	I.		

Autorizado por _____

Fecha _____



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Caseload: _____
FH&C Phone: _____

Notice of Intent to Restrict Shelter Allowance (Timely)

The Agency's decision(s) regarding your benefit program is explained below:

PUBLIC ASSISTANCE

This notice is to inform you that we intend to restrict your shelter allowance effective _____, ^{date} Your shelter allowance will be paid directly to your landlord or primary tenant.

When we restrict your shelter allowance, we will issue a vendor check for \$ _____, representing part or all of your semimonthly grant of \$ _____.

We will send the vendor check directly to your landlord or primary tenant. Only your landlord or primary tenant can cash the vendor check.

If your rent is more than the amount of your shelter allowance, indicated above, you must pay the rest of your rent to your landlord or primary tenant.

The law(s) and/or regulation(s) which allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 381.3.

If there is a reason why your shelter allowance should not be restricted, you may request a conference to discuss this matter. To request a conference, please call the Fair Hearing and Conference (FH&C) number above.

Authorized by

Date

**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 on **page 1** of this notice. 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

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

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.

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:

I do not want to keep my benefits the same until the Fair Hearing decision is issued.

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 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.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

SAMPLE

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last

Address: _____
_____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Unidad del Caso: _____
Número de Tel. de FH&C: _____

Aviso de la Intención de Restringir la Asignación de Vivienda (A tiempo definido)

La decisión de la Agencia con respecto a su programa de beneficios se explica más abajo:

ASISTENCIA PÚBLICA

Por la presente le informamos de que tenemos la intención de restringir su asignación de vivienda a partir de _____
fecha. Se le pagará su asignación de vivienda directamente a su casero o inquilino principal.

Al restringir su asignación de vivienda, emitiremos un cheque de proveedor de servicios por la cantidad de \$ _____ ,
que representará toda o parte de su asignación quincenal de \$ _____ .

Le enviaremos el cheque de proveedor de servicios a su casero o inquilino principal, quienes serán los únicos autorizados para cobrar dicho cheque.

Si la cantidad de su alquiler resulta superior a la cantidad de su asignación de vivienda, tal como se indica más arriba, usted tendrá que pagar el resto de su alquiler a su casero o inquilino principal.

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal modo es/son 18 NYCRR § 381.3.

En caso de que hubiese razón por la cual su asignación de vivienda no debiera ser restringida, puede solicitar una conferencia para platicar sobre el asunto. Para solicitar dicha conferencia, favor de llamar al número de Audiencia Imparcial y Conferencias (Fair Hearing and Conference - FH&C) más arriba.

Autorizado por

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR 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 escríbanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. 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 usted 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

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 cualquiera 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 como 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 pedir las 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 escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **primera página** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Mantenimiento de Su(s) Beneficio(s): Su(s) beneficio(s) continuará(n) sin cambios, hasta que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de entrada en vigor indicada en el presente aviso.

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.

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.

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.

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

Nombre en

letra de molde: _____ Case Number: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____



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

Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need or Special Allowance (For Applicants Only)

The Agency's decision(s) regarding your application(s) is/are explained below next to the marked box(es).

Immediate Needs

This notice applies only to your request for assistance to meet an immediate need. If you have also applied for ongoing public assistance, this notice does not affect application for ongoing public assistance. You will also receive a notice advising you of this Agency's decision on your application for ongoing public assistance when your eligibility has been determined.

If your application for ongoing public assistance is denied for failure to comply with eligibility requirements, a second request for an immediate need/emergency grant within three months of the original application denial may also be denied unless you can document good cause for your original failure to comply.

On _____, you requested assistance to meet an immediate need of:

We are giving you this notice to tell you that your request for an immediate need grant was evaluated and the following decision was made:

An emergency preinvestigation grant in the amount of \$ _____ will be available to you on _____.
(date)

An emergency grant has been provided in the amount of \$ _____ for _____.

Assistance to meet an immediate need is denied because:

when you applied for public assistance on _____ (within the last three months), you were issued:
(date)

immediate need grant(s)

health and safety kit(s)

other:

and subsequently failed to comply with the eligibility requirements without good cause.

other:

The law(s) and/or regulation(s) which allow us to do this is/are 18 NYCRR § 351.1, § 351.8 y § 352.7.

Medical Assistance

- If you need help with your medical bills, you must apply separately for medical assistance. If you want more information about eligibility for medical assistance, call the Worker's telephone number listed on page 1.
- Your medical assistance stays the same.
- Your application for medical assistance is being reviewed. We will send you our decision within 30 days.

Authorized by

Date

**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.**

SAMPLE

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 on **page 1** of this notice. 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.

STATE FAIR HEARING

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, in 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/eah/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

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 and/or medical issues.

Note: If your situation is extremely serious please explain your situation: the State will attempt to process your request for a Fair Hearing as quickly as possible. If you call to request a Fair Hearing, please be prepared to explain your situation to the person who answers the phone.

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.

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: _____

SAMPLE



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Trabajador: _____
Tel. del Trabajador: _____
Teléfono de FH&C: _____

Aviso de Decisión sobre la Asistencia para Cubrir una Necesidad Inmediata o Asignación Especial (Sólo para Solicitantes)

La(s) decisión(es) de la Agencia respecto a su(s) solicitud(es) se explica(n) más abajo junto a la(s) casilla(s) marcada(s) .

Necesidades Inmediatas

Este aviso corresponde solamente a su solicitud de asistencia para cubrir una necesidad inmediata. Si usted también ha solicitado asistencia pública continua, este aviso no afecta su solicitud de dicha asistencia. Usted también recibirá un aviso notificándole de la decisión de esta Agencia sobre su solicitud de asistencia pública continua cuando se haya determinado su elegibilidad.

Si su solicitud de asistencia pública actual es rechazada debido a incumplimiento de requisitos de elegibilidad, puede que también se rechace una segunda solicitud para recibir una concesión de emergencia/necesidad inmediata si la misma es presentada menos de tres meses después de haber sido rechazada la primera solicitud, al menos que usted muestre pruebas válidas que justifiquen su incumplimiento respecto a los requisitos de la primera solicitud.

El _____, usted solicitó asistencia para cubrir una necesidad inmediata de:

Por medio del presente aviso le informamos de que hemos evaluado su solicitud respecto a una concesión para cubrir necesidades inmediatas. La decisión aparece a continuación:

Una concesión de emergencia preinvestigación por la cantidad de \$ _____ estará a su disposición en _____.
(fecha)

Se le ha otorgado una concesión de emergencia por la cantidad de \$ _____ para _____.

Asistencia para cubrir una necesidad inmediata se le ha rechazado debido a que:

cuando solicitó asistencia pública el _____ (dentro de los últimos tres meses), usted recibió:
(fecha)

concesión(es) para necesidades inmediatas

botiquín(es) de salud y seguridad

otro:

y posteriormente no cumplió con los requisitos de elegibilidad sin motivo justificado.

otro:

La(s) ley(es) y/o regulación(es) que nos permite(n) obrar de tal forma es(son) 18 NYCRR § 351.1, § 351.8 y § 352.7.

Asistencia Médica

- Si usted necesita ayuda para pagar sus facturas médicas, tiene que solicitar asistencia médica por separado. Si desea más información sobre elegibilidad para asistencia médica, llame al número de teléfono de su Trabajador en la página 1.
- Su asistencia médica permanecerá sin cambios.
- Se está evaluando su solicitud de asistencia médica. Le enviaremos nuestra decisión dentro de 30 días.

Autorizado por

Fecha

**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.**

SAMPLE

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 también aparece en **la primera página** de este aviso. 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.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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: **(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 cualquiera 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 como 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. Éstos 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 escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en **la primera página** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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 y/o asistencia médica.

Nota: Si su situación resulta extremadamente grave favor de explicarla, el Estado intentara procesar su solicitud para una Audiencia Imparcial lo más pronto posible. Si nos llama para pedir una Audiencia Imparcial, favor de estar listo para explicar su situación a la persona que conteste el teléfono.

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.

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

SAMPLE

Nombre en
Letras de
Molde:

Nombre

.

Apellido

Núm. del Caso:

Dirección:

Teléfono:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Firma:

Fecha:



Notice Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Caseload: _____

Worker Phone Number: _____

FH&C Telephone Number: _____

Notice of Change in Cash Payment

PUBLIC ASSISTANCE

We are notifying you that because your case has been recently reclassified from Family Assistance to Safety Net Assistance effective _____, there will be a restriction of your shelter allowance (if not currently restricted) and/or energy allowance as indicated below.

Check all that apply.

Your shelter allowance will be paid directly to your landlord.

Landlord's Name: _____

First

M.I.

Last Name

Landlord's Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Your rent is more than the amount of the direct vendor shelter allowance that we issue and **you are responsible for paying the difference to your landlord.**

Your energy allowance will be paid directly to your utility provider.

Utility Provider: _____

Utility Provider Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Other (specify): _____

The laws and regulations that require us to make this change are Social Services Law 159 (1) (b) (i) and (ii), and 18 NYCRR § 370.4 (b) (2).

Authorized by _____

Date _____

**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 on **page 1** of this notice. 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

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, in 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

Continuing Your Benefit(s): Your benefits 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.

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:

I do not want to keep my benefits the same until the Fair Hearing decision is issued.

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 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.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

SAMPLE

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____



Fecha del Aviso: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Unidad del Caso: _____
Teléfono del Trabajador: _____
Núm. de Tel. de FH&C: _____

Aviso de Cambio en los Pagos en Efectivo

ASISTENCIA PÚBLICA

Mediante el presente aviso le notificamos de que debido a que su caso ha sido recientemente reclasificado de Asistencia Familiar (Family Assistance) a Asistencia de Red de Seguridad (Safety Net Assistance), a partir del _____, se efectuará una restricción de su asignación de vivienda (si ya no está restringida) y/o asignación de energía tal como se indica más abajo.

Marque todas las casillas que correspondan.

Su asignación de vivienda se abonará directamente a su casero.

Nombre del Casero: _____
Nombre I. Apellido
Dirección del Casero: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

La cifra de su alquiler es superior a la cantidad de la asignación de albergue del vendedor directo que nosotros emitimos y **usted tiene la responsabilidad de pagarle la diferencia a su casero.**

Su asignación de energía se abonará directamente a su proveedor de servicios públicos.

Proveedor de Servicios de electricidad y gas: _____
Dirección del Proveedor de Servicios electricidad y gas: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Otro caso (especifique): _____

Las disposiciones legales y reglamentarias que requieren que efectuemos este cambio son la Ley de Servicios Sociales 159 (1) (b) (i) y (ii), y 18 NYCRR § 370.4 (b) (2).

Autorizado por

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIA 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 (FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escríbanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. 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 usted **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).)

AUDENCIA PARCIAL ESTATAL

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 cualquiera 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 obogacía 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 como 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. Generalmente, éstas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pida. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

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 escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **primera página** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Mantenimiento de Su(s) Beneficio(s): Su(s) beneficio(s) continuará(n) 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.

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.

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.

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

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: _____



REFERRAL FOR PHOTO/SIGNATURE

Participant's Name: _____
Last First

Sex: _____ Date of Birth: _____ CIN: _____

SAMPLE

Referral of (check one box only):

- Participant
- Alternate Payee (Authorized Representative)

Name: _____
Last First

ID Card Signature Authorization (Form **W-608V**) attached for scanning of signature(s).

Authorized by

Date



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Caseload: _____
Code: _____

Notice of Special Grant

The box checked below indicates what action we have taken on your case:

- A check is being sent to you under separate cover.
- A check was issued to you at the Job Center on: _____
(date)
- A check is being hand-delivered directly to the Housing Court/other.

\$: _____ from: _____ to: _____ for the following reasons:

\$: _____ from: _____ to: _____ for the following reasons:

\$: _____ from: _____ to: _____ for the following reasons:

\$: _____ from: _____ to: _____ for the following reasons:

Explanation (if required):

Authorized by

Date



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Unidad del Caso: _____
Código: _____

Aviso de Concesión Especial

La casilla marcada más abajo indica la medida que hemos tomado respecto a su caso:

- Se le enviará un cheque por separado.
- Se ha emitido un cheque en el Centro de Trabajo el: _____
(fecha)
- Se entregará un cheque en persona y directamente al Tribunal de Viviendas (Housing Court) /otro caso.

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

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

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

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

Explicación (si necesaria):

Autorizado por

Fecha