



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 #07-97-OPE

REVISIONS TO FORMS M-858, M-858c, M-858ff, M-858w AND M-858x

Date: August 1, 2007	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all Job Center staff that the following utility-related forms have been revised to conform to the new programming requirements:</p> <ul style="list-style-type: none">• Notice to Utility Company of Issuance of Direct Vendor Payment (M-858)• Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance for Family Assistance Cases (Timely) (M-858c)• Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely) (M-858ff)• Participant Request for Restriction of Home Energy Allowance (M-858w)• Notice of Intent to Recoup Utility Grant (Timely) (M-858x) <p>The revisions to all forms are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none">• The logo has been updated. Address brackets on the upper left corner of page 1 have been deleted.• Demographic fields have been updated and moved to the upper right corner of the form.• The phrases "Address Line 1" and "Address Line 2" have been removed.• The "Worker's Signature" and "Supervisor's Signature" fields have been removed as Worker/Supervisory sign off is not required on these notices.• Additional fields or spaces have been added to accommodate a second utility vendor account number.

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*

Additional changes:

M-858c

- The “(Select One)” option has been deleted.

M-858, M-858ff

- The acronym “BUG” has been deleted, as Brooklyn Union Gas is obsolete.

M-858w

- The Spanish version of the form is now an independent document and is no longer on the reverse of page 1; accordingly, the phrase “See Other Side”/ “Vea al Dorso” has been deleted.


Center Directors must ensure that all previous versions of these forms and the multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.

Samples of the forms are attached.

Effective Immediately

Attachments:

- M-858** Notice to Utility Company of Issuance of Direct Vendor Payment (Rev. 8/01/07)
- M-858c** Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance for Family Assistance Cases (Timely) (Rev. 8/01/07)
- M-858c (S)** Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance for Family Assistance Cases (Timely) (Spanish) (Rev. 8/01/07)
- M-858ff** Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely) (Rev. 8/01/07)
- M-858ff (S)** Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely) (Spanish) (Rev. 8/01/07)
- M-858w** Participant Request for Restriction of Home Energy Allowance (Rev. 8/01/07)
- M-858w (S)** Participant Request for Restriction of Home Energy Allowance (Spanish)
- M-858x** Notice of Intent to Recoup Utility Grant (Timely) (Rev. 8/01/07)
- M-858x (S)** Notice of Intent to Recoup Utility Grant (Timely) (Spanish) (Rev. 8/1/07)

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.



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

**Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance for
Family Assistance Cases (Timely)**

Utility Account Number(s):	Amount to Be Restricted:	PA Grant before Restriction:	PA Grant after Restriction:
	\$	\$	\$

We wish to inform you that the Human Resources Administration (HRA) intends to restrict your home energy allowance currently included in your semimonthly grant, effective _____ (date).

We are taking this action because

After a review of your explanation for your failure to pay your utility bills for the month(s) of _____

we have determined that you failed the management test. In addition, you failed to demonstrate that you spent the home energy allowance appropriately for some emergency and/or your misuse of the funds threatened the health and safety of your household.

Effective as of the date indicated above, all future utility bills will be sent directly by _____ to _____ (utility company)

HRA for payment. Until further notice you will not be required to pay utility bills to this company.

This restriction of your home energy allowance will be based on your average monthly usage as determined by the utility company. In no event will the amount deducted exceed the total amount of the home energy allowance to which you are entitled. Periodically, the amount required to satisfy your utility bills will be adjusted. If we have deducted too much, we will reduce the amount being restricted and return the excess amount to you. If we have deducted too little, we will increase the amount being restricted and recoup the excess amount that we paid to the utility company on your behalf. We will inform you when we take such action.

- Your Food Stamp benefits will continue unchanged.
- Medical assistance benefits for every person in the household (who receives benefits) will continue unchanged.

These actions are taken in accordance with 18 NYCRR § 352.5(f)(4) and § 381.3(c).

**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 a 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:

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

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____



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

Aviso de la Intención de Restringir la Asignación de Energía para el Hogar para Casos de Asistencia Familiar (A Tiempo Definido)

Número(s) de Cuenta de electricidad y/o gas:	Cantidad a ser Restringida:	Subsidio de AP antes de Restricción:	Subsidio de AP después de Restricción:
	\$	\$	\$

Queremos informarle de que la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) tiene la intención de restringir su asignación para energía en el hogar actualmente incluida en su subsidio quincenal, a partir del _____ (fecha).

Estamos tomando esta medida porque:

Después de repasar su explicación respecto a su falta de pago de sus facturas de electricidad y/o gas el/los mes(es) de:

hemos determinado que usted no paso la prueba de administración. Además, usted no demostró haber utilizado adecuadamente el subsidio para energía en el hogar en una situación de emergencia y/o puso en riesgo la salud y seguridad de su hogar debido a su mal administración de los fondos.

A partir de la fecha indicada más arriba, _____ (compañía de electricidad y/o gas) enviará todas sus siguientes facturas de electricidad y/o gas directamente a la HRA para los pagos. Usted no tendrá que pagar facturas de electricidad y/o gas a esta compañía hasta nuevo aviso.

La cantidad restringida de su asignación para energía en el hogar será calculada de acuerdo a su consumo promedio mensual, como lo determine la compañía de electricidad y/o gas. En ningún caso la cantidad restringida excederá el total de la asignación para electricidad y/o gas en el hogar que le corresponde. Periódicamente, se ajustará la cantidad requerida para cubrir las facturas de electricidad y/o gas. Si la deducción es excesiva, reduciremos la cantidad restringida y le devolveremos la cantidad restante. Si deducimos muy poco, aumentaremos la cantidad restringida y recuperamos la diferencia que le abonamos a su cuenta con la compañía de electricidad y/o gas. Nosotros le informaremos cuando tomemos dicha medida.

- Sus beneficios de Cupones para Alimentos continuarán sin cambios.
- Los beneficios de asistencia médica para todos los miembros del hogar (que reciben beneficios) continuarán sin cambios.

Estas medidas se adoptan de acuerdo con 18 NYCRR § 352.5(f)(4) y § 381.3(c).

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE
CONFERENCIA Y AUDIENCIA IMPARCIAL 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 **página 1** de este aviso, o escríbanos a la dirección que también aparece en **página 1** 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 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 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 escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **página1** 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 de Asistencia Temporal y de Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (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

Letras de

Molde:

Nombre

I.

Apellido

Núm. del Caso:

Dirección:

Teléfono:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Firma:

Fecha:



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

Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely)

Utility Account Number(s):	Amount to Be Restricted:	PA Grant before Restriction:	PA Grant after Restriction:
	\$	\$	\$

We wish to inform you that we intend to restrict your home energy allowance in the amount indicated above effective _____ . We are taking this action because we have been informed by:
(date)

Keyspan Con Edison Long Island Power Authority (LIPA) Other _____

that you have not paid your utility bill from _____ to _____ , in the amount of \$ _____ .
(date) (date)

If you wish to contest this action and are under the Family Assistance category, please call the telephone number above. Your assistance will continue unchanged until you have had a conference at which you can explain the circumstances of your failure to pay your utility bills. At the conference, you may present proof that you have paid your rent and used all of your semimonthly home energy allowance toward the payment of your utility bill. You may also present evidence that you spent the Home Energy Allowance appropriately for some emergency or extraordinary event, or that you withheld payment to the utility company because of a dispute about your bill. Based on your evidence, we will make a determination of whether or not you have mismanaged your Public Assistance.

If we determine that you did mismanage your Public Assistance, we will restrict your Home Energy Allowance.

If you do not call the telephone number indicated above before the effective date of this notice, we will presume that you have mismanaged your Public Assistance grant and we will proceed with our action to restrict your Home Energy Allowance.

These actions are taken in accordance with 18 NYCRR § 352.5(e) and the Home Energy Fair Practice Act Chapter 895 of the laws of 1981.

If your Home Energy Allowance is restricted, all future utility bills will be sent directly by the utility company to the Human Resources Administration (HRA) for payment. Until further notice, you will not be required to pay bills to the utility company. The restriction of your home energy allowance will be based on your average monthly usage as determined by the utility company. In no event will the amount deducted exceed the total amount of the Home Energy Allowance to which you are entitled.

The amount required to satisfy your bills will be adjusted monthly. If we have deducted too much, we will reduce the amount being restricted and return the excess amount to you on a quarterly basis. If we have deducted too little, we will increase the amount being restricted and recoup the excess amount that we paid to the utility company on your behalf. We will inform you when we take such actions.

**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. 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 de Casos: _____
 Núm. de Tel. de FH&C: _____

**Aviso de Intención de Restringir la Asignación de Energía Doméstica
(A Tiempo Definido)**

SAMPLE

Número(s) de Cuenta de Electricidad y/o Gas:	Cantidad a ser Restringida:	Subsidio de AP antes de Restricción:	Subsidio de AP después de Restricción:
	\$	\$	\$

Deseamos informarle que nosotros tenemos la intención de restringir su Asignación de Energía Doméstica en la cantidad indicada arriba a partir de _____ (fecha). Estamos tomando esta medida porque porque hemos sido informados por:

Keyspan (BUG) Con Edison Long Island Power Authority (LIPA) Otro _____
 de que usted no ha pagado su cuenta de electricidad y/o gas de _____ a _____ (fecha),
 por la cantidad de \$ _____.

Si usted está clasificado bajo Asistencia de Familias y desea oponerse esta medida, por favor llame al número de teléfono más arriba. Sus beneficios continuarán sin cambios hasta después de explicar, en una conferencia, las circunstancias por su falta de pago a sus cuentas de electricidad y/o gas. En la conferencia, usted puede presentar prueba de que ha pagado su alquiler y ha utilizado la cantidad total de su asignación bimensual de energía en el hogar para pagar sus cuentas de electricidad y/o gas. Usted también puede presentar pruebas de que hizo uso adecuado de la Asignación de Energía Doméstica para alguna emergencia o evento extraordinario o de que le retuvo un pago a la compañía de electricidad y/o gas por una disputa respecto a su cuenta. Basado en sus pruebas, determinaremos si usted ha administrado mal su Asistencia Pública.

Si determinamos que usted ha mal administrado su Asistencia Pública, restringiremos su Asignación de Energía Doméstica.

Si usted no llama al número de teléfono indicado más arriba antes de la fecha de vigencia de este aviso, supondremos que usted ha mal administrado sus beneficios de Asistencia Pública y procederemos con nuestra acción de restringir su Asignación de Energía Doméstica.

Estas acciones se toman conforme a 18 NYCRR § 352.5(e) y al Acta de Prácticas Justas de Energía, Capítulo 895 (Home Energy Fair Practice Act Chapter 895) de las leyes de 1981.

Si su Asignación de Energía Doméstica se restringe, todas su cuentas de electricidad y/o gas serán enviadas directamente por la compañía de electricidad y/o gas a la Administración de Recursos Humanos para pagos. Hasta nuevo aviso usted no tiene que pagar cuentas a la compañía de electricidad y/o gas. La restricción de su subsidio de energía doméstica se basará en su uso mensual promedio, tal como lo determine la compañía de electricidad y/o gas. En ningún caso la cantidad deducida excederá a la cantidad total de la Asignación de Energía Doméstica a la que usted tiene derecho.

La cantidad requerida para pagar sus cuentas de electricidad y/o gas se ajustará mensualmente. Si hemos deducido demasiado, reduciremos la cantidad que se está restringiendo y le devolveremos la cantidad excedente cada trimestre. Si hemos deducido muy poco, aumentaremos la cantidad restringida y recuperaremos la cantidad excedente que fue pagada a la compañía de electricidad y/o gas a nombre suyo. Nosotros le informaremos cuando tomemos tales medidas.

SAMPLE

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

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en **la primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que 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 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

Como 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 de Asistencia 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 cómo revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o 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): Sus beneficios continuarán sin cambios, hasta que la Audiencia Imparcial emita la decisión, si solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en este aviso.

Tenga en cuenta que si solamente pide una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, dentro del plazo de tiempo que se indica en la sección de Mantenimiento de Sus Beneficios, sus beneficios no continuarán al mismo nivel.

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 Asistencia Temporal y de Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (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: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Address: _____

Caseload: _____

Participant Request for Restriction of Home Energy Allowance

I hereby request the Family Independence Administration pay all of my utility bills while I am in receipt of public assistance.

My Utility company is/are: _____

My utility account number is/are: _____

SAMPLE

I understand that the utility company will send all of my future bills to the Family Independence Administration for payment.

I also understand that funds to pay my utility bills will be deducted from the home energy allowance portion of my semimonthly public assistance grant. The amount deducted each semimonthly period will never exceed the total amount of my home energy allowance, to which I am entitled.

I understand that, periodically, the Family Independence Administration will determine if the amount withheld from my semimonthly public assistance grant was enough to pay my utility bills. If too much money was withheld from my semimonthly public assistance grant, I will receive a refund. If too little money was withheld from my semimonthly public assistance grant, the Family Independence Administration will recoup the excess from my future public assistance grants. A notice will be sent to advise me of any action that is taken in connection with this matter.

I understand that this request is voluntary on my part and that I can at any time request in writing that the Family Independence Administration remove the restriction.

Participant's Signature

Date



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Dirección: _____

Unidad de Casos: _____

Solicitud del Participante de Restricción de la Asignación de Energía en el Hogar

SAMPLE

Por la presente solicito a la Administración de Independencia Familiar (Family Independence Administration – FIA) que pague todas mis cuentas de servicio público mientras yo esté recibiendo asistencia pública.

Mi compañía de electricidad y/o gas es/son: _____

Mi número de cuenta de electricidad y/o gas es/son: _____

Entiendo que la compañía de electricidad y/o gas enviará todas mis cuentas futuras a la Administración de Independencia Familiar para ser pagadas.

Entiendo que los fondos a ser utilizados para pagar mis cuentas de electricidad y/o gas serán deducidos de la parte de la asignación de energía de mi concesión de asistencia pública quincenal. La cantidad deducida cada período nunca excederá la cantidad total de mi asignación de energía en el hogar, a la cual tengo derecho.

Entiendo que periódicamente, la Administración de Independencia Familiar determinará si la cantidad retenida de mi concesión de asistencia pública quincenal fue suficiente para pagar mis cuentas de electricidad y/o gas. Si se retuvo demasiado dinero de mi concesión de asistencia pública quincenal, recibiré un reembolso. Si se retuvo muy poco dinero de mi concesión de asistencia pública quincenal, la Administración de Independencia de Familiar recuperará el exceso de mis concesiones de asistencia pública futuras. Se me enviará una notificación advirtiéndome de cualquier acción tomada con relación a este asunto.

Entiendo que esta solicitud es voluntaria de mi parte y que en cualquier momento puedo solicitar por escrito a la Administración de Independencia Familiar que elimine la restricción.

Participant's Signature

Date



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

Notice of Intent to Recoup Utility Grant (Timely)

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

PUBLIC ASSISTANCE

Utility Account Number(s):	Amount of Current PA Grant:	Amount to Be Recouped:	Amount of New Grant:
	\$	\$	\$

SAMPLE

This notice is to inform you that we intend to recoup an amount of \$ _____ semimonthly from each of your public assistance benefit payments, effective _____ Date. This recoupment is to recover a utility grant issued to you on _____ Date, in the amount of \$ _____, to either prevent a shutoff or restore utility services. We are taking this action because, upon review of your explanation of a failure to pay utility bills for the months of _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, we have determined that you

did not meet the criteria for a nonrecoupable utility grant because:

- you did not pay an amount at least equal to your household's monthly Home Energy Allowance toward the monthly utility bill.
- you did not apply your monthly fuel for heating allowance, if any, to fuel bills.
- you did not apply your monthly shelter allowance to your monthly shelter cost.

The amount to be recouped is 10 percent of your household need. If you believe this reduction will cause your family an undue hardship, you may contact your Worker to explain your reason(s). An undue hardship means that a person does not have enough income to buy food, to pay for shelter or utilities, to get necessary clothing, to buy general items of need, or to pay for medical needs that are not covered by medical assistance. Your Worker will let you know what kind of proof you will need to support your undue hardship claim. If it is determined that the recoupment will cause an undue hardship, we will reduce the amount recouped from each benefit payment. However, the least amount that can be recouped from each benefit payment is five percent.

These actions are taken in accordance with 18 NYCRR § 352.11, § 352.5 (f)(3) and § 352.31 (d).

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. 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 Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____



Fecha: _____
 Número del Caso: _____
 Nombre del Caso: _____
 Centro: _____
 Unidad de Casos: _____
 Teléfono de FH&C: _____

Aviso de Intención de Recuperar el Subsidio de Electricidad y Gas (Tiempo Definido)

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

ASISTENCIA PÚBLICA

Número de Cuenta(s) de Electricidad y/o Gas:	Cantidad del Subsidio Actual de Asistencia Pública:	Cantidad a ser Recuperada:	Cantidad del Nuevo Subsidio:
	\$	\$	\$

Por la presente le informamos de la intención de recuperar quincenalmente la cantidad de \$ _____ de cada uno de sus pagos de asistencia pública, a partir del _____ Fecha. Con esta cantidad recuperada se recobrará el subsidio de electricidad y/o gas expedido a usted el _____ Fecha, en la cantidad de \$ _____, para prevenir una desconexión o para restaurar la electricidad y/o el gas. Hemos tomado esta decisión dado que después de examinar su explicación sobre su motivo por no pagar sus facturas de electricidad y gas los meses de _____ Mes/Año, _____ Mes/Año, _____ Mes/Año, _____ Mes/Año, _____ Mes/Año, _____ Mes/Año, hemos determinado que usted no reúne los requisitos para recibir un subsidio de electricidad y/o gas sin que se le cobre posteriormente debido a que usted:

- no abonó una cantidad a la cuenta mensual de electricidad y gas por lo menos equivalente a su Asignación de Energía en el Hogar mensual.
- no abonó su concesión mensual de combustible para calefacción, de haberla, a sus cuentas de combustible.
- no abonó su concesión mensual de vivienda a su costo mensual de vivienda.

La cantidad a ser recuperada será el 10 por ciento de las necesidades de su hogar. Si usted cree que esta reducción le causará a su familia dificultad económica excesiva, puede comunicarse con su Trabajador para explicar su(s) razón(es). Una dificultad económica excesiva significa que una persona no tiene suficientes ingresos para comprar comida, pagar su vivienda o electricidad y/o gas, ropa necesaria, comprar artículos de necesidad, o para cubrir servicios médicos no incluidos en la asistencia médica. Su Trabajador le informará de que clase de prueba usted necesitará para respaldar su afirmación de dificultad económica excesiva. Si se determina que la recuperación causará dificultad económica excesiva, hemos de reducir la cantidad recuperada de cada pago de los beneficios. Sin embargo, la cantidad mínima que se puede recuperar de cada pago es cinco por ciento.

Estas medidas se toman conforme a 18 NYCRR § 352.11, § 352.5 (f)(3) y § 352.31 (d).

**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. Si sólo solicita una conferencia, sus beneficios no se mantendrán sin cambios durante su apelación. Para mantener sus beneficios sin cambios debe solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. (Refiérase a la sección Mantenimiento de Su[s] Beneficio[s].)

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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 de Asistencia 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 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 de Asistencia Temporal y de Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (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 Letras de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____