



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 #09-08-OPE

OBSOLETE FORM

Date: January 21, 2009	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p> Please use Print on Demand to obtain copies of forms.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center staff that the Spanish version of the Determination of Eligibility for Emergency Assistance to Needy Families (EAF) (W-145TT [S]) form is now obsolete because it is an internal document. Applicants/participants are not required to complete or sign the form, therefore a Spanish equivalent is not needed.</p> <p>Job Center Directors must ensure that all previous versions of this form are removed from circulation and recycled.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p>Related Item:</p> <p>PD #08-43-ELI</p> <p>Attachment:</p> <p>W-145TT (S) Determination of Eligibility for Emergency Assistance to Needy Families (EAF) (Spanish) (Obsolete)</p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or
send an e-mail to *FIA Call Center*

Determinación de Elegibilidad para Asistencia de Emergencia a Familias Necesitadas (EAF)

Nombre del Caso:	Composición del Caso:
Número del Caso/Sufijo:	
Unidad de Casos:	
Centro:	
Tipo de Emergencia:	
Causa de la Emergencia:	

Como se estipula en 18 NYCRR § 372.1 y 97 ADM-20, EAF se puede autorizar más de una vez en cualesquier 12 meses consecutivos siempre se cumplan los criterios de elegibilidad.

I. Esta Situación Crítica se Debe a la(s) Siguiete(s) Circunstancia(s):

<input type="checkbox"/> Incendio u otro desastre	<input type="checkbox"/> Desconexión/terminación de servicio de electricidad y/o gas
<input type="checkbox"/> Pariente o amigo inquilino principal le pidió que se vaya de apartamento compartido	<input type="checkbox"/> Deshaucio por casero por razones aparte de impago de alquiler (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Debido a gastos de emergencia médica todos los recursos disponibles se retiraron de alquiler	<input type="checkbox"/> Deshaucio por casero debido a impago de alquiler como parte de una serie de problemas complejos, que constituyen una emergencia para la familia
<input type="checkbox"/> Pérdida súbita de empleo debido a despido involuntario u otra razón no ocasionada por renuncia voluntaria	<input type="checkbox"/> Víctima de violencia doméstica (adulto y/o niños)
<input type="checkbox"/> El casero rehusó pago de alquiler atrasado o parcial	<input type="checkbox"/> Otra circunstancia (especifique): _____

II. Lista de Control de Determinación de Elegibilidad para EAF:

A fin de determinar la elegibilidad del participante para EAF, conteste cada uno de los siguientes puntos:

1. Hay por lo menos un niño de 18 años de edad o menor que asista a la secundaria a tiempo completo, y que resida actualmente con un adulto que brinde cuidado y tenga lazos de sangre, matrimonio o adopción? Sí No

* El término "que brinde cuidado y que tenga lazos de sangre, matrimonio o adopción" incluye lo siguiente:

- (1) el padre del niño(a), la madre, el hermano(a), abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), tío, tío(a) abuelo(a), tío(a) bisabuelo(a), medios o completos;
- (2) el primo hermano(a) del niño, sobrino(a), medios o completos;
- (3) el padrastro del niño, madrastra, hermanastro(a), pero ningún otro medio pariente;
- (4) en el caso que un niño(a) ha sido entregado a una agencia autorizada o que ha sido adoptado:
 - (i) cualquier pariente o medio pariente incluido en los párrafos anteriores de esta subdivisión; y
 - (ii) los padres adoptivos y:
 - (a) los otros hijos de los padres adoptivos y los hijos de dichos hijos;
 - (b) los padres, abuelos y bisabuelos de los padres adoptivos;
 - (c) los hermanos(as) de los padres adoptivos y los hijos de dichos hermanos(as); y
 - (d) los tíos(as), tío abuelos(as) y tío abuelos(as) de los padres adoptivos;

(5) el cónyuge de cualquier persona indicada en los párrafos anteriores, a pesar de que el matrimonio se haya terminado debido a la muerte, el divorcio, o anulación; y

(6) en el caso de un niño nacido fuera del matrimonio, cualquier pariente materno incluido en los párrafos anteriores de esta subdivisión y, en caso de que la paternidad haya sido adjudicada o reconocida por escrito, cualquier pariente materno y paterno incluido en los párrafos anteriores.

2. ¿Hay alguna mujer embarazada de cualquier edad con comprobante médico?

Si marcó "Sí" a la pregunta 1 o 2 más arriba, continúe. De no ser así, el caso es inelegible para EAF.

Sí No

3. ¿Tiene la familia recursos para cubrir sus necesidades o ingreso disponible al 200% o más de las pautas Federales de pobreza más recientemente publicadas, como se transmitió por la Oficina del Estado de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (State Office of Temporary and Disability Assistance), en la fecha de la solicitud para el tamaño de la familia? (Vea **EXP-76D**)

Sí No

4. ¿Ocurrió la emergencia a raíz de que un niño(a) o pariente empleable rehusara sin causa justificada aceptar empleo o participar en actividades de trabajo o servicios comunitarios?

Sí No

5. ¿Repitirá o reemplazará la concesión de emergencia solicitada una concesión de Asistencia en Efectivo ya otorgada conforme a **18 NYCRR § 352.2(a)(b)(c)? (Vea **W-2031K**)

Sí No

(No conteste "Sí" si la repetición reemplazará Asistencia en Efectivo perdida o robada.)

** Cada distrito de servicios sociales usará los calendarios de concesiones y asignaciones mensuales que correspondan conforme a la subdivisión (d) de la Sección 352.2 para cubrir todas las necesidades, sin incluir:

- (i) el albergue;
- (ii) el combustible para calefacción;
- (iii) el costo adicional de comidas para las personas que no puedan preparar comidas en el hogar;
- (iv) la compra de muebles esenciales para establecer un hogar;
- (v) el reemplazo de muebles esenciales para las personas que necesiten Asistencia en Efectivo que han sufrido la pérdida de tales artículos a raíz de un incendio, inundación u otra catástrofe similar;
- (vi) los arreglos esenciales del equipo de calefacción, hornos y neveras;
- (vii) las asignaciones para capacitación vocacional.

Si marcó "No" a las preguntas 3,4, y 5, continúe.

Si marcó "Sí" a cualquier de las preguntas 3, 4, y 5, el solicitante es inelegible para EAF.

6. ¿Es necesario un pago de reasignación o un pago de emergencia para servicios de electricidad y/o gas o servicios?

Sí No

Si marcó "Sí" al Número 6, **Pare** – es elegible para EAF.

Si marcó "No" al Número 6, continúe al Número 7.

7. ¿Es la emergencia el resultado de un suceso súbito, una situación imprevista y agena a la voluntad de la persona?

Sí No

Si marcó "Sí" al Número 7, **Pare** – es elegible para EAF.

Si marcó "No" al Número 7, es inelegible para EAF.

III. ¿Es el Caso Elegible para EAF? Sí No

Conforme a 18 NYCRR § 372.4(d), entre los servicios que se pueden determinar necesarios para lidiar con una emergencia se incluyen, la obtención de albergue familiar, si disponible, y cualesquier otros servicios que satisfagan las necesidades ocasionadas por la emergencia.

Firma del JOS/Trabajador	Fecha
Firma del Supervisor	Fecha

IMPORTANTE: Si usted ha determinado que este caso es elegible para EAF, ¿HA:

- Llenado todas las preguntas de este formulario?
- Firmado y fechado este formulario, y obtenido la firma de su Supervisor?
- Anotado "F" en 270 de POS TAD?

Todas las anotaciones de casos de POS tienen que ser detalladas e indicar la naturaleza de la emergencia. Favor de asegurarse de que todos los materiales relacionados se escaneen y estén disponibles en el visionador (OneViewer) de HRA. Llène el POS TAD y incluya notas al indicador de EAF.

(Archive copia con el expediente del caso)

**For CIS/OCP Use Only
EAF Indicator Data Entry**

OBsolete

Case Name:			
Case Number:	0 0	Suffix:	
Center:	0		
Item 270:	<input type="checkbox"/> F		
_____	_____	_____	_____
OCP Control Clerk	Date	Control Clerk	Date
_____	_____	_____	_____
OCP CRT Operator	Date	Error	

		Resubmit Date	
		_____	_____
		Control Clerk	Date