



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 #09-12-OPE

(This Policy Bulletin Replaces PB #99-23 and Obsoletes PB #02-210-EMP)

REVISIONS TO SELECTED FIA FORMS

Date: January 30, 2009	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 forms have been revised to conform to the Agency's formatting standards and current terminology.</p> <p>The forms will also be translated to comply with Local Law 73 requirements. Under Local Law 73, applicant/participant notices that may affect benefits must be translated into Arabic, Chinese, Haitian Creole, Korean, and Russian.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agreement to Repay Cash Assistance (M-15f) • Certification for Retroactive Medicaid Coverage (M-42q) • Notice to Recipient 62 Years of Age (M-50j) • Request for Shelter Payment to an Alcohol Crisis Center (ACC) for Individuals with an Active Cash Assistance Case (M-74h) • Consent for Release of Information to an Employment Vendor Concerning Alcohol/Drug Abuse Patient (M-75p) • Plan of Self-Support Agreement for Medicaid (M-696b) • Plan of Self-Support Agreement for Cash Assistance (M-696c) • CASAC Reassessment (W-532N) • Questionnaire on Availability of Health Insurance Coverage at Place of Employment (W-560C) • Application for Child-Only Cash Assistance Child Care Payments (W-560ZZ) • Applicant's Task List (W-680F)

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*

General revisions to the forms are as follows:

- The logo has been updated
- The format has been changed according to current software requirements
- The “LLF” designation has been added on the top left-hand corner to indicate that the form meets Local Law 73 requirements
- “Public Assistance” has been changed to “Cash Assistance,” where appropriate
- The term “client” or “recipient” has been replaced with applicant and/or participant, where appropriate

Additional revisions to forms **M-15f**, **M-42q**, **M-50j**, **M-74h**, **M-75p**, **M-696b**, **M-696c**, **W-532N**, **W-560C** and **W-680F**:

- The original face/reverse version has been converted into separate English and Spanish versions

Additional revisions to form **M-15f**:

- “Department of Social Services” has been replaced with “Human Resources Administration (HRA)”
- The heading of the shaded box has been changed to “For Use By Division of Accounts Receivable and Billing Only”

Additional revisions to form **M-50j**:

- The salutation and the closing signature have been removed
- The form number has been moved to the top left-hand corner

Additional revisions to forms **M-696c** and **W-680F**:

- The form is now two pages

Additional revisions to form **W-532N**:

- The “social security number” and “case type” fields have been removed
- The salutation has been removed

Note: The CASAC Reassessment (**W-532N**) form is used to call in participants requiring reassessment for substance abuse treatment after the 90-day exemption period and whenever there is a need to reassess the treatment needs of an individual enrolled in a substance abuse treatment program.

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

Samples of the revised and new forms are attached.

Effective Immediately

Related Items:

[PD #01-04](#)

[PD #01-74-EMP](#)

[PD #03-09-EMP](#)

[Employment Process Manual](#)

Attachments:

🖨 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

M-15f	Agreement to Repay Cash Assistance (Rev. 1/30/09)
M-15f (S)	Agreement to Repay Cash Assistance (Spanish)
M-42q	Certification for Retroactive Medicaid Coverage (Rev. 1/30/09)
M-42q (S)	Certification for Retroactive Medicaid Coverage (Spanish)
M-50j	Notice to Recipient 62 Years of Age (Rev. 1/30/09)
M-50j (S)	Notice to Recipient 62 Years of Age (Spanish)
M-74h	Request for Shelter Payment to an Alcohol Crisis Center (ACC) for Individuals with an Active Cash Assistance Case (Rev. 1/30/09)
M-74h (S)	Request for Shelter Payment to an Alcohol Crisis Center (ACC) for Individuals with an Active Cash Assistance Case (Spanish)
M-75p	Consent for Release of Information to an Employment Vendor Concerning Alcohol/Drug Abuse Patient (Rev. 1/30/09)
M-75p (S)	Consent for Release of Information to an Employment Vendor Concerning Alcohol/Drug Abuse Patient (Spanish)
M-696b	Plan of Self-Support Agreement for Medicaid (Rev. 1/30/09)
M-696b (S)	Plan of Self-Support Agreement for Medicaid (Spanish)
M-696c	Plan of Self-Support Agreement for Public Assistance (Rev. 1/30/09)
M-696c (S)	Plan of Self-Support Agreement for Public Assistance (Spanish)

W-532N	CASAC Reassessment (Rev. 1/30/09)
W-532N (S)	CASAC Reassessment (Spanish)
W-560C	Questionnaire on Availability of Health Insurance Coverage at Place of Employment (Rev. 1/30/09)
W-560C (S)	Questionnaire on Availability of Health Insurance Coverage at Place of Employment (Spanish)
W-560ZZ	Application for Child-Only Cash Assistance Child Care Payments (Rev. 1/30/09)
W-560ZZ (S)	Application for Child-Only Cash Assistance Child Care Payments (Spanish) (Rev. 1/30/09)
W-680F	Applicant's Task List (Rev. 1/30/09)
W-680F (S)	Applicant's Task List (Spanish)

Agreement to Repay Cash Assistance (prepare in triplicate)

Case Name: _____ Claim Cat: EAA

Case Number: _____ Job Center: _____

Participant's Address: _____

Social Security Number: _____

On _____, I requested an emergency grant of assistance from the Human Resources Administration (HRA) because my Supplemental Security Income (SSI) check for the month of _____, was (check one) Lost Stolen Undelivered

To meet my emergency needs due to the non-receipt of the SSI check, I received from the HRA on _____, the amount of \$ _____.

I, the undersigned, acknowledge that I am obligated to, and I hereby agree to, refund the above monies upon receipt of an SSI check to replace the check previously reported as lost, stolen or undelivered.

Date: _____ County: _____, NY

Witness: _____ Applicant: _____

For Use By Division of Accounts Receivable and Billing Only

Billing Information:

Refund Item Class Description: Refund Monthly SSI check **Code:** RSI **Billing:** Yes **Recurring:** No

Number of payments: 1 **Start + End date:** 30 days from applicable date above **Mail Receipt:** Yes

Routing Instructions: Original to: Division Of Accounts Receivable and Billing
180 Water Street, 9th Floor
New York, NY 10038

Duplicate to: Applicant

Triplicate to: Be scanned and placed in electronic folder

Acuerdo de Reembolso de Asistencia en Efectivo (preparar en triplicado)

Nombre del Caso: _____ Categoría del Caso: EAA

Número del Caso: _____ Centro de Trabajo: _____

Dirección del Participante: _____

Número de Seguro Social: _____

En _____, yo solicité una concesión de emergencia del Departamento de Servicios Sociales porque mi cheque de Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) para el mes de _____ fue

(marque sólo uno) perdido robado no lo recibí

Para poder cumplir con mis necesidades de emergencia debido a no haber recibido el cheque de SSI, yo recibí del Departamento de Servicios Sociales e _____ la cantidad de \$ _____.

Yo, el suscrito, reconozco que estoy obligado(a) a, y por lo tanto acuerdo en, reembolsar la cantidad indicada más arriba tan pronto reciba un cheque de SSI para reemplazar el cheque previamente reportado como perdido, robado o no recibido.

Fecha: _____ Condado: _____ NY

Testigo: _____ Solicitante: _____

For Use By Division of Accounts Receivable and Billing Only

Billing Information:

Refund Item Class Description: Refund Monthly SSI check **Code:** RSI **Billing:** Yes **Recurring:** No

Number of payments: 1 **Start + End date:** 30 days from applicable date above **Mail Receipt:** Yes

Routing Instructions: **Original to:** Division Of Accounts Receivable and Billing
180 Water Street, 9th Floor
New York, NY 10038

Duplicate to: Applicant

Triplicate to: Be scanned and placed in electronic folder

Certification for Retroactive Medicaid Coverage

Re: Case Name: _____ Case Number: _____
Address: _____ Telephone: _____

This is to certify that the information I have given to the Human Resources Administration as a basis for Medicaid coverage for the three-month period from _____ to _____, prior to my application for assistance is true and correct. The following information applies to my case (check one):

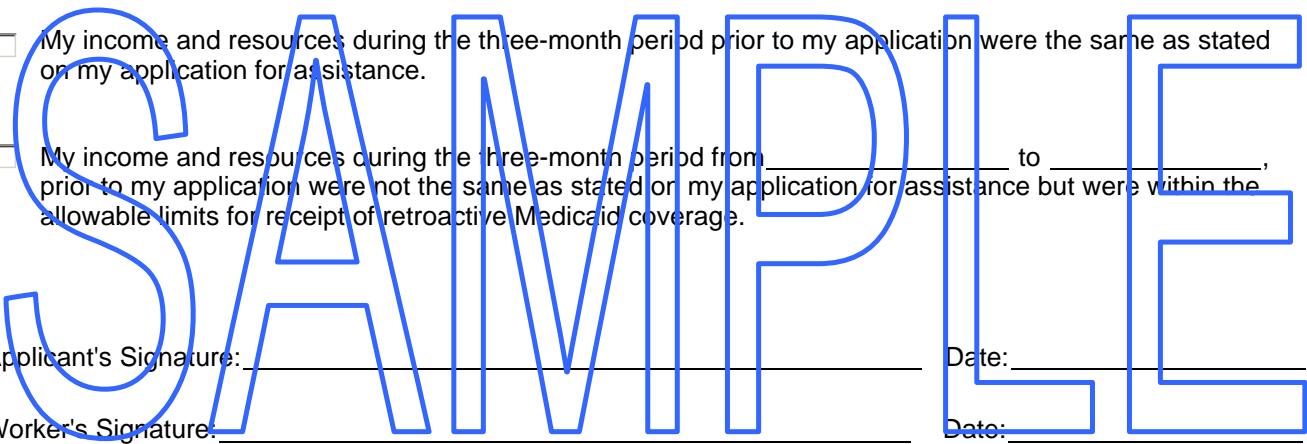
- My income and resources during the three-month period prior to my application were the same as stated on my application for assistance.
- My income and resources during the three-month period from _____ to _____, prior to my application were not the same as stated on my application for assistance but were within the allowable limits for receipt of retroactive Medicaid coverage.

Applicant's Signature: _____

Date: _____

Worker's Signature: _____

Date: _____



Certificación Retroactiva para Medicaid

Re: Nombre del Caso: _____ Número del Caso: _____
Dirección: _____ Núm. de Tel: _____

Por el presente certifico que la información que he dado a la Administración de Recursos Humanos como base de mi cobertura de Medicaid durante los 3 meses desde _____ hasta _____ antes de solicitar asistencia, es verídica y correcta. La información a continuación corresponde a mi caso (marque una):

- La cantidad de mi ingreso y recursos durante los tres meses antes de solicitar asistencia era igual a la cantidad indicada en mi solicitud para asistencia.
- La cantidad de mi ingreso y recursos durante los tres meses de _____ a _____ antes de solicitar asistencia no era igual a la cantidad indicada en mi solicitud para asistencia, pero figuraba dentro de los límites permisibles para recibir Medicaid retroactivo.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Trabajador: _____ Fecha: _____

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____

Our records indicate that you will be 62 years of age next month. As you know, persons who are 62 years old may be eligible for Social Security benefits.

In order to determine if you are eligible for these benefits, you must file an application as soon as possible with the Social Security Administration at the District Office which covers your address.

When you visit your Social Security Office, you must bring this letter, together with proof of your age and your Social Security number, if you have one.

The following papers may be used to verify your age:

- Birth Certificate
- Hospital Certificate of Birth
- Certificate of Birth from Bureau of Vital Statistics
- Baptismal Record

If you cannot obtain any one of the documents listed above, at LEAST TWO of the following documents may be used to verify your age:

- Alien Naturalization Papers
- Passport
- Driver's License
- Draft Registration
- Military Discharge Papers
- Social Security Award Letter
- Naturalization Letter
- Voter Registration Card
- Prison Records
- Marriage Certificate with Date of Birth
- Court Order Change of Name
- Professional License
- School Records
- Life Insurance Policy
- Census Record
- Employment or Union Record with Date of Birth
- Children's Birth Certificate showing your Date of Birth
- Any other Official Record showing your Date of Birth

At the time you apply for Social Security benefits, your local Social Security Office will give you a referral form which you must return with this letter in the ENCLOSED ENVELOPE no later than _____.

If you are found eligible for Social Security benefits, the amount you receive will be budgeted against your cash assistance needs.

Failure to apply for benefits and reply to us may result in the discontinuance of your assistance.

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Según nuestros archivos usted cumplirá 62 años de edad el próximo mes. Como usted sabe, las personas de 62 años de edad pueden tener derecho a recibir beneficios de Seguro Social (Social Security benefits).

A fin de determinar si usted es elegible para dichos beneficios, tiene que presentar una solicitud lo antes posible en la Oficina de Distrito (District Office) de la Administración de Seguro Social (Social Security Administration) que presta servicio a su dirección.

Al visitar su Oficina de Seguro Social (Social Security Office), usted debe traer la presente carta junto con prueba de su edad y su número de Seguro Social, de tenerlo.

Los siguientes documentos pueden servir para verificar su edad:

- Acta de Nacimiento
- Certificado Hospitalario de Nacimiento
- Certificado de Nacimiento de la Oficina de Estadísticas Vitales (Bureau of Vital Statistics)
- Registro de Bautismo

Si no puede obtener cualquiera de los documentos listados más arriba, puede usar por **LO MENOS DOS** de los siguientes documentos para probar su edad:

- Documentos de Naturalización
- Pasaporte
- Licencia de Conducir
- Registro de Llamado a Filas
- Documentos de Licenciamiento Militar
- Carta de Asignación de Seguro Social
- Carta de Naturalización
- Tarjeta de Registro de Votación
- Expedientes Penales
- Acta de Matrimonio con Fecha de Nacimiento
- Mandato Judicial de Cambio de Nombre
- Licencia Profesional
- Expedientes Escolares
- Póliza de Seguro de Vida
- Registro del Censo
- Expediente Laboral o Sindical con Fecha de Nacimiento
- Acta de Nacimiento de Su Niño con la Fecha de Nacimiento Suya
- Cualquier otro Registro Oficial con su Fecha de Nacimiento

Cuando usted solicite beneficios de Seguro Social, su Oficina Local de Seguro Social le proporcionará un formulario de envío que usted debe devolver con la presente carta en el SOBRE ADJUNTO a más tardar el _____.

Si se determina que usted es elegible para beneficios de Seguro Social, la cantidad que usted recibirá se presupuestará tomando en cuenta sus necesidades de asistencia en efectivo.

El no solicitar beneficios y contestarnos puede resultar en la discontinuación de su asistencia.

Request for Shelter Payment to an Alcohol Crisis Center (ACC) for Individuals with an Active Cash Assistance Case

I. Case Profile

Participant's Name: _____
Last Name First Name Middle

Participant's Address of Record:

Case Number: _____ Case Type: _____

Name and Number of Current Job Center: _____

Name of Head of Household: _____

Case Number of Head of Household: _____

Participant's Signature _____ Date _____

SAMPLE

II. Participant's Current Treatment Status

Is Participant Now Attending Substance Abuse (SA) Treatment?
 Yes No

For HRA use only:
Information confirmed

If Yes, indicate

Name of SA Treatment Program: _____ Site Code: _____

Address of SA Treatment Program: _____

Telephone Number: _____

III. ACC Making Request to RTSC

Name of Facility: _____ Telephone Number: _____

Site Code: _____ ACC Entry Date: _____ RTSC Contact Date: _____

Address of Facility: _____

Contact Person: _____
Name Title Telephone Number

Solicitud de Pagos de Albergue a un Centro de Crisis de Alcoholismo (ACC) para Personas con Casos de Asistencia en Efectivo Activos

I. Perfil del Caso

Nombre del Participante: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección Oficial del Participante:

Número del Caso: _____ Tipo de Caso: _____

Nombre y Número del Centro de Empleo Actual: _____

Nombre del Jefe de Familia: _____

Número de Caso del Jefe de Familia: _____

Firma del Participante

Fecha

II. Estado Actual de Tratamiento del Participante

Acude Actualmente el Participante a su Tratamiento de AS?

Sí No

De ser así, indíquelo.

For HRA use only:
Information confirmed

Nombre del Programa de Tratamiento de AS: _____ Código del Sitio: _____

Dirección del Programa de Tratamiento de AS: _____

Número de Teléfono: _____

III. Centro de Crisis ACC Que Solicita al RTSC

Nombre del Local: _____ Número de Teléfono: _____

Código del Sitio: _____ Fecha de Entrada al ACC: _____ Fecha de Contacto RTSC: _____

Dirección del Local: _____

Persona de Comunicarse: _____
Nombre Cargo Número de Teléfono

Consent for Release of Information to an Employment Vendor Concerning Alcohol/Drug Abuse Patient

Participant's Name: _____ **Case Number:** _____

INSTRUCTIONS: Prepare an original for the participant's Case Record. If this form is sent to another agency with a request for information, prepare a copy and maintain the original in the participant's Case Record.

DISCLOSURE WITH PARTICIPANT'S CONSENT

I, the undersigned, give permission for the Human Resources Administration (HRA) and the contractor it designates to disclose information to:

Name of Employment Vendor

SAMPLE

This information will include:

- results of my CASAC evaluation.
- the name, address and telephone number of the treatment program, as well as the number of hours I am required to attend if I was referred to a treatment program.

I, the undersigned, have read the above and authorize HRA and/or its CASAC contractor to disclose such information as herein contained. I understand that this consent may be withdrawn by me at anytime except to the extent that action has been taken in reliance upon it. This consent shall expire one (1) year from its signing, unless a different time period, event or condition is specified below, in which case such time period, event or condition shall apply. I also understand that any disclosure is bound by Title 42 of the Code of Federal Regulations governing the confidentiality of alcohol and drug abuse patient records and that redisclosure of this information to a party other than the one designated above is forbidden without additional written authorization on my part.

Time period, event or condition replacing period specified above:

Upon termination of Cash Assistance.

Name of Participant

Signature of Participant

Date Signed

Consentimiento para Divulgación de Información a un Proveedor de Empleo Con Respecto al Paciente de Abuso de Alcohol/Drogas del Paciente

Nombre del Participante: _____ Número del Caso: _____

INSTRUCCIONES: Prepare una copia original para el Archivo del Participante. Si este formulario se envía a otra agencia con una solicitud para información, prepare una copia y mantenga el original en el Archivo del Participante.

DIVULGACIÓN CON EL CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE

Yo, el suscrito, doy permiso a que la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration - HRA) y a que el contratista al que esta designe divulguen información a:

Nombre del Contratista de Empleo

Esta información incluirá:

- resultados de mi evaluación del Centro de Servicios de Abuso de Substancias (CASAC).
- si yo fui enviado a un programa de tratamiento, el nombre, dirección y número de teléfono del programa de tratamiento y también el número de horas que debo asistir a este programa de tratamiento.

Yo, el suscrito, he leído lo anterior y autorizo a la HRA y/o a su contratista de CASAC para que divulguen tal información como se indica en el presente. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento salvo en la medida que la acción que se haya tomado se basa en el mismo. Este consentimiento se vencerá al año en un año de ser firmado, a menos que un período de tiempo, evento, o condición diferente sea especificados más abajo, en cuyo caso corresponderá tal período de tiempo, evento o condición. Entiendo además que cualquier revelación está limitada por el Título 42 del Código Federal de Reglamentaciones que rige la confidencialidad de expedientes de pacientes de abuso de alcohol y drogas y que es prohibido divulgar de nuevo esta información a una parte diferente a la designada más arriba, sin autorización adicional por escrito de mi parte.

Período de tiempo, evento o condición como sustituto del período especificado más arriba.

Al terminar la Asistencia en Efectivo.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha de la Firma

Case Number: _____

Case Name: _____

Plan of Self-Support Agreement for Medicaid

I, _____, request approval to participate in Human Resources Administration's (HRA) Plan of Self-Support.

Last Name, First Name (Print)

Administration's (HRA) Plan of Self-Support.

I understand that the goal of the Plan of Self-Support is to eliminate or reduce my future need for cash assistance or Medicaid benefits. The plan provides me the opportunity to continue my Medicaid benefits for up to one year so that I may continue to receive the medical services required to maintain employment. I understand that HRA is not required to enter into a Plan of Self-Support. Failure to comply with the objectives of the Plan of Self-Support may affect my eligibility for continued receipt of Medicaid benefits.

As a condition of participation in HRA's Plan of Self-Support, I agree:

- To continue in and comply with all medical/rehabilitation services that are being reimbursed by Medicaid pursuant to the Plan of Self-Support, if applicable.
- To continue in and comply with my substance abuse treatment as described in the Plan of Self-Support if applicable.
- To notify HRA within 10 days of any change(s) that may affect my eligibility for medical assistance, including, but not limited to, changes in my address, employment income and compliance with treatment.

I have read and understand this plan and agree to abide by the above conditions. Failure to abide by these conditions could result in my being terminated from this plan which would affect continued eligibility for extended Medicaid benefits.

Participant's Signature

Print Name of Individual Recommending Plan of Self-Support

Signature of Individual Recommending Plan of Self-Support

Date

Title: _____

Agency Name: _____

Address: _____

Telephone Number: _____

Fax Number: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Plan de Acuerdo de Independencia Económica para Medicaid

Yo, _____, solicito aprobación para participar en el plan de
Apellido, Nombre (En Letra de Molde)

Independencia Económica de la Administración de Recursos Humanos (HRA).

Yo entiendo que la meta de este Plan de Independencia Económica es eliminar o reducir mi necesidad futura de asistencia en efectivo o beneficios de Medicaid. El plan me brinda la oportunidad de continuar recibiendo Medicaid hasta por un año para que yo pueda continuar recibiendo los servicios médicos necesarios para mantener empleo. Entiendo que la HRA no está requerida a participar en un Acuerdo del Plan de Independencia Económica. El no cumplir con los objetivos del Plan de Independencia Económica puede afectar mi elegibilidad para continuar recibiendo beneficios de Medicaid.

Como condición de participación en el Plan de Independencia Económica de la HRA, yo acuerdo:

- si corresponde, continuar y cumplir con todos los servicios médicos/de rehabilitación a ser reembolsados por Medicaid de acuerdo con el Plan de Independencia Económica.
- si corresponde, continuar y cumplir con mi tratamiento de abuso de sustancias como se indica en el Plan de Independencia Económica.
- notificar a la HRA de cualquier cambio(s) dentro de 10 días, que puedan afectar mi elegibilidad para asistencia médica, incluyendo pero no limitado a, cambios en mi dirección, ingreso salarial y cumplimiento de tratamiento.

He leído y entiendo este plan y accedo a acatar las condiciones antedichas. El no acatar estas condiciones puede resultar en mi terminación de este plan lo cual afectaría mi elegibilidad continua de Medicaid prolongado.

Firma del Participante

Escriba en Letra de Molde el Nombre de la Persona que Recomienda el Plan de Independencia Económica

Fecha

Firma de la Persona que Recomienda el Plan de Independencia Económica

Cargo: _____

Nombre de la Agencia: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Fax: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Plan of Self-Support Agreement for Cash Assistance

I, _____, request approval to participate in Human Resources Administration's (HRA) Plan of Self-Support.

Last Name, First Name (Print)

Administration's (HRA) Plan of Self-Support.

I understand that the goal of this Plan of Self-Support is to eliminate or reduce my need for cash assistance in a reasonable length of time by disregarding the income received from my employment earnings until I have accumulated \$8,350.00, or 5 months have passed, or secured employment with an annual salary of \$20,850 or more. This plan provides me the opportunity to set aside funds for future employment related expenses and to secure permanent, independent housing. I also understand that the HRA is not required to enter into a Plan of Self-Support agreement.

As a condition of participation in HRA's Plan of Self-Support, I agree:

- To have all earned income directly deposited by the residential treatment program into my escrow account; **and**
- To submit all copies of all statements received for the month to my treatment program by the end of each month as verification of my earnings and compliance with this agreement; **and**
- To notify HRA within 10 days of any change(s), which may affect my eligibility for cash assistance, including, but not limited to, changes in my address, employment income and compliance with treatment.

As a condition of participation in HRA's Plan of Self-Support, I further understand that:

- All withdrawals must receive prior approval from HRA to determine whether use of the funds will be allowed under the plan's objective; **and**
- I must submit receipts verifying that any funds withdrawn from my account were used for approved expenses; **and**
- Inappropriate use of funds will be recovered from my grant as an overpayment and may affect my continuing eligibility for cash assistance benefits; **and**
- This plan will be discontinued if funds are withdrawn and used for reasons other than approved housing and/or employment related expenses; **and**
- Once I have accumulated funds equal to the amount approved in my Plan of Self-Support, my income will then be budgeted in determining my ongoing eligibility for cash assistance; **and**
- If I am terminated from or discontinue participation in my approved substance abuse treatment program, this agreement will be terminated and any accumulated funds will be used to determine continuing eligibility for cash assistance; **and**
- My failure to comply with objectives of this plan may affect my eligibility for participating in a Plan of Self-Support in the future.

I have read and understand this plan and agree to abide by the above conditions. Failure to abide by these conditions could result in my being terminated from this plan and possibly affect my continuing eligibility for Cash Assistance.

Participant's Signature

Date

Print Name of Individual Recommending Plan of Self-Support

Date

Signature of Individual Recommending Plan of Self-Support

Title _____

Agency Name _____

Address _____

Telephone Number _____

Fax Number _____

SAMPLE

Nombre del Caso: _____

Número del Caso _____

Plan de Acuerdo de Independencia Económica para Asistencia en Efectivo

Yo, _____, solicito aprobación para participar en el plan de
Apellido, Nombre (Letra de Molde)

Independencia Económica de la HRA.

Entiendo que la meta de este Plan de Independencia Económica es el eliminar o reducir mi necesidad de asistencia en efectivo en un plazo de tiempo razonable sin tomar en cuenta los ingresos recibidos de mis ganancias de empleo hasta que haya acumulado \$8,350.00 o hayan pasado 5 meses, o haya condeguado empleo de salario anual de \$20,850 o más. Este plan me brinda la oportunidad de ahorrar fondos para gastos futuros relacionados con empleo y para asegurar vivienda permanente e independiente. Además entiendo que la Administración de Recursos Humanos (HRA) no tiene la obligación de participar en un plan de acuerdo de Independencia Económica.

Como condición de participación en el Plan de Independencia Económica, yo acuerdo:

- encargarme de que todo ingreso de sueldo sea directamente depositado por el programa de tratamiento residencial en mi cuenta de depósito; **y**
- someter copias de todas declaraciones recibidas por el mes a mi Programa de Tratamiento antes del fin de cada mes como comprobante de mis ganancias y cumplimiento con este acuerdo; **y**
- a notificar a la HRA dentro de 10 días de cualquier cambio(s) que puedan afectar mi elegibilidad para asistencia en efectivo, incluyendo pero no limitado a cambios en mi dirección, ingreso salarial y cumplimiento de tratamiento.

Como condición de participación en el Plan de Independencia Económica, además entiendo que:

- todo retiro tiene que recibir aprobación anterior de la HRA para determinar si el uso de fondos será permitido bajo el objetivo del plan; **y**
- tengo que someter recibos que comprueben cualquier fondo retirado de mi cuenta fue usado para gastos aprobados; **y**
- el uso no apropiado de fondos será recuperado de mi concesión como un sobrepago y puede afectar mi elegibilidad continua para beneficios de asistencia en efectivo; **y**
- este plan será discontinuado si fondos son retirados y usados para otros fines aparte de vivienda aprobada y/o gastos relacionados al empleo; **y**
- una vez que haya acumulado fondos iguales a la cantidad aprobada en mi Plan de Independencia Económica, mi ingreso será presupuestado para determinar mi elegibilidad continua para asistencia en efectivo; **y**
- si mi participación en mi programa aprobado de tratamiento de abuso de sustancias se termina o se discontinúa, este acuerdo se terminará y cualquier fondo acumulado se usará para determinar elegibilidad continúa para asistencia en efectivo; **y**
- mi incumplimiento de los objetivos de este plan puede afectar mi elegibilidad para participar en un plan de independencia económica en el futuro.

He leído y entiendo este plan y acuerdo acatar las condiciones antedichas. El desacato de estas condiciones puede tener como resultado que yo sea terminado de este plan y puede afectar mi elegibilidad continua para asistencia en efectivo.

Firma del Participante

Fecha

Nombre en Letra de Molde de la Persona que Recomienda
el Plan de Independencia Económica

Fecha

Firma de la Persona que Recomienda el Plan de Independencia Económica

Título _____

Nombre de la Agencia _____

Dirección _____

Número de Teléfono _____

Número de Fax _____

SAMPLE

Date: _____
Case Name: _____
Case Number: _____
Caseload: _____
Action Code: _____
Hours in Treatment: _____

SAMPLE

CASAC Reassessment

Our records reflect that you have been participating in an approved treatment program to assist you in removing barriers to employment and self-sufficiency.

We have scheduled you for an appointment to reassess your treatment needs, as well as your ability to participate in an employment activity, both of which are conditions of your continued eligibility for cash assistance. Your participation in both activities may lead to a speedier recovery, which is essential to your achieving financial independence.

Please bring any documentation you feel would help us assess your current work abilities. **If you are working, you must bring your last two pay stubs or a letter from your employer verifying your wages and hours of employment (no photocopies).** If you are employed full-time (35 hours per week or more), you will be exempt from any further work activities.

Your appointment is scheduled for:

Appointment Date: _____ Time: _____
Location Name: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____
Travel Directions:

This is a mandatory eligibility appointment. Due to limited space, we request that you not bring anyone else with you. Interpreters are available if you do not speak English. If you have any questions or are unable to keep this appointment, call (212) 835-8300 before your appointment time (between 9:00 AM and 5:00 PM, Monday through Friday). Failure to report to or cooperate fully with this appointment may result in the reduction or loss of your cash assistance and food stamp benefits.

Fecha: _____
Nombre del Caso: _____
Número del Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Código de Acción: _____
Horas de Tratamiento: _____

Reevaluación de CASAC

Nuestros archivos indican que usted ha estado participando en un programa aprobado de tratamiento que le ayuda a eliminar las barreras al empleo y autosuficiencia.

Le hemos programado una cita para reevaluar sus necesidades de tratamiento, como también su capacidad para participar en una actividad de empleo. Ambas son condiciones para su elegibilidad continua de asistencia en efectivo. Su participación en ambas actividades le podría resultar en una recuperación rápida, la cual es esencial para que logre usted su independencia económica.

Favor de traer cualquier documentación que usted crea nos pueda ayudar a evaluar sus aptitudes de trabajo actuales. **Si usted está trabajando actualmente, tiene que traer sus dos últimos talones de paga o una carta de su empleador que verifiquen su salario / sus horas de empleo (no fotocopias).** Usted estará exento de cualquier actividad de trabajo adicional, si está empleado(a) a tiempo completo (35 horas a la semana o más).

Su cita está programada para:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____

Nombre del Local: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

Esta es una cita de elegibilidad obligatoria. Debido al espacio limitado, le pedimos que no traiga a ninguna otra persona con usted. Tenemos intérpretes disponibles en caso de que usted no hable inglés. Si tiene cualquier pregunta o si no puede asistir a esta cita, llame al (212) 835-8300 antes de la hora de su cita (entre las 9:00 AM y las 5:00 PM de lunes a viernes). El no acudir o cooperar cabalmente con esta cita puede resultar en la reducción o pérdida de sus beneficios de asistencia en efectivo y cupones para alimentos.

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____

Questionnaire on Availability of Health Insurance Coverage at Place of Employment

Please complete the following questions concerning the availability of health insurance at your place of employment. If you currently contribute toward your employer's health insurance plan, we may be able to reimburse you for these costs. In order to receive prompt reimbursement, please submit full documentation of all costs. The following is acceptable documentation:

- Pay stub (front and back)
- Statement from employer

Please return the completed questionnaire and documentation in the enclosed self-addressed stamped envelope no later than _____.

1. Does your company or union have a health insurance plan? Yes No
2. Are you eligible for coverage by your company's/union's health insurance plan? Yes No
3. Are you a member of the plan? Yes No
4. If you are covered by your company's/union's health insurance plan, please provide the following information:

a. Name of Plan: _____

b. Address (place to which medical bills are sent): _____

c. Type of Plan: Family Individual

d. Medical services paid for by the plan:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Doctor's Services |
| <input type="checkbox"/> Dental Services | <input type="checkbox"/> Optical Services |
| <input type="checkbox"/> Prescription Drugs | <input type="checkbox"/> Health Maintenance Organization (HMO) |

5. Are you required by your employer/union to contribute toward your health insurance?

- Yes No

6. I am required to contribute \$ _____ per check toward my health insurance coverage.

Participant's Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Cuestionario de Disponibilidad de Seguro Médico en su Local de Empleo

Favor de contestar las siguientes preguntas acerca de la disponibilidad de seguro médico en su local de empleo. Si usted contribuye actualmente al plan de seguro médico que ofrece su empleador, puede que podamos reembolsarle el costo. Para poder recibir dicho reembolso lo más pronto posible, favor de enviar documentación adecuada de todos los costos. Los siguientes son documentos aceptables:

- Talonario de pago (ambos lados)
- Carta del empleador

Favor de devolver este cuestionario llenado con la documentación en el sobre con sello y dirección de remitente a más tardar el _____.

1. ¿Tiene su compañía o sindicato un plan de seguro médico? Sí No
2. ¿Tiene usted cobertura disponible por su compañía o sindicato? Sí No
3. ¿Es usted miembro del plan? Sí No

4. Si usted está cubierto por el plan de seguro médico de su compañía o sindicato, favor de proporcionar la siguiente información:

a. Nombre del Plan: _____

b. Dirección (a donde se envían las facturas médicas): _____

c. Tipo de plan: Familiar Individual

d. Servicios médicos cubiertos por el plan:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Servicios de doctores |
| <input type="checkbox"/> Servicios dentales | <input type="checkbox"/> Servicios de ópticos |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados | <input type="checkbox"/> Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) |

5. ¿Es requisito de su compañía o sindicato que usted contribuya a su seguro médico?

- Sí No

6. Se me requiere que contribuya \$ _____ por cheque a mi cobertura de seguro médico.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Application for Child-Only Cash Assistance Child Care Payments

Guardian's/
Caretaker's Name: _____
Last First M.I.

Address: _____
Street Apt. Borough Zip Code

Home Telephone Number: _____ Social Security Number: _____

Do you need child care in order to look for work or to attend training? Yes No

Employer/Training Program Name: _____

Employer/Training Program Address: _____
Street Apt. Borough Zip Code

Employer/Training Program Telephone Number: _____ Start date: _____

What hours do you work or attend training? From: _____ AM/PM To: _____ AM/PM

Number of days per week: _____

(Attach a copy of FIA School/Training Enrollment Letter [W-700D], letter of employment, or recent pay stubs.)

Name of School		Telephone Number	
Address of School			
Street	City	State	Zip Code

What days do you work or attend training? Check all that apply

- Sunday Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday Saturday

Where are the child's (children's) parents and why are they unable to care for the child(ren)? _____

Are you the guardian of the child(ren) or do you have legal custody? Yes No

Reason for need of child care: _____

Key to Ethnic codes:

A for Asian	H for Hispanic or Latino	P for Native Hawaiian or other Pacific Islander
B for Black or African American	I for American Indian or Alaskan Native	W for White

Complete the following for each child, **up to the age of 13 living with you**, for whom you are requesting child care:

Child's Name	Date of Birth	Relationship to Applicant	CA Case Number	Citizenship/Documentation Provided	Ethnic Code
Last: First:					
Last: First:					
Last: First:					
Last: First:					

If you are requesting child care for Special Needs child(ren), from the age of 13 to the age of 19 living with you, list the name(s) of the child(ren) below (Please provide documentation):

Child's Name	Date of Birth	Relationship to Applicant	CA Case Number	Citizenship/Documentation Provided	Ethnic Code
Last: First:					
Last: First:					
Last: First:					
Last: First:					

Income information for household members from the age of 14 to the age of 17 who are siblings of the children for whom care is requested:

Name of Child(ren)	Type of Income (Child Support, SSI, Social Security benefits, etc.)	Amount Received	How often?
Last: First:			<input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> other (specify): _____
Last: First:			<input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> other (specify): _____
Last: First:			<input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> other (specify): _____
Last: First:			<input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> other (specify): _____

Other family members living with you:

Name		Date of Birth	Social Security Number (optional)	Relationship to Child(ren) and Applicant
Last:	First:			
Last:	First:			
Last:	First:			
Last:	First:			

I swear and affirm that the information I have given is accurate.

Signature _____

Date _____

SAMPLE

Solicitud para Pagos de Cuidado Infantil de Asistencia en Efectivo para Casos Sólo de Niños

Nombre del Tutor/Cuidador: _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección:

_____ Calle Apto. Condado Código Postal

Número de Teléfono: Casa: _____

Número de Seguro Social: _____

¿Necesita usted cuidado infantil para poder buscar trabajo o para asistir a capacitación? Sí No

Nombre del Empleador/Programa de Capacitación: _____

Dirección del Empleador/Programa de Capacitación: _____
Calle Apto. Condado Código Postal

Número de Teléfono del Empleador/Programa de Capacitación: _____

Fecha de comienzo: _____

¿Qué horas trabaja o asiste usted a capacitación? De: _____ AM/PM A: _____ AM/PM

Número de días a la semana: _____

(Adjunte una copia de la Carta de la FIA de Inscripción al Programa de Educación/Capacitación [W-700D (S)] una carta de empleo y/o taones de paga recientes.)

Nombre de la Escuela		Número de Teléfono	
Dirección de la Escuela			
Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

¿Qué días trabaja usted o asiste a capacitación?

Marque todos los que correspondan domingo lunes martes miércoles jueves viernes
 sábado

¿Dónde están los padres del niño(a) y porqué no pueden cuidar a los niño(s)?: _____

¿Es usted el tutor de los niño(s) o tiene usted custodia legal? Sí No

Razón por la cual necesita Cuidado Infantil: _____

Códigos Étnicos:

H Hispano o Latino	B Negro o Afroamericano
I Indio Americano o Nativo de Alaska	P Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico
A Asiático	W Blanco

Llene lo siguiente para cada niño, **de hasta 13 años de edad que viva con usted**, para quien está solicitando Cuidado Infantil:

Nombre del Niño		Fecha de Nacimiento	Parentesco con el Solicitante	Número de Caso de Asistencia en Efectivo (CA)	Ciudadanía/ Documentación Proporcionada	Código Étnico
Apellido:	Nombre:					
Apellido:	Nombre:					
Apellido:	Nombre:					
Apellido:	Nombre:					

Si usted está solicitando Cuidado Infantil para niño(s) con Necesidades Especiales de las edades 13 a 19 que viven con usted, liste el/los nombre(s) de los niño(s) a continuación. (Favor de proporcionar documentación.)

Nombre del Niño		Fecha de Nacimiento	Parentesco con el Solicitante	Número de Caso de Asistencia en Efectivo (CA)	Ciudadanía/ Documentación Proporcionada	Código Étnico
Apellido:	Nombre:					
Apellido:	Nombre:					
Apellido:	Nombre:					
Apellido:	Nombre:					

Información del ingreso de los miembros del hogar de 14 a 17 años de edad quienes son hermanos de los niños para los cuales se solicita cuidado infantil.

Nombre del/de los Niño(s)		Tipo de Ingreso (Manutención de Niños, Ingreso del Seguro Social (SSI), beneficios de Seguro Social, etc.)	Cantidad Recibida	¿Con qué frecuencia?
Apellido:	Nombre:			<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> otro (especifique): _____
Apellido:	Nombre:			<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> otro (especifique): _____
Apellido:	Nombre:			<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> otro (especifique): _____
Apellido:	Nombre:			<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> otro (especifique): _____

Otros miembros de la familia que viven con usted:

Nombre		Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social (opcional)	Parentesco con el/los Niño(s) y el Solicitante
Apellido:	Nombre:			
Apellido:	Nombre:			
Apellido:	Nombre:			
Apellido:	Nombre:			

Juro y afirmo que la información que he proporcionado es verdadera.

Firma

Fecha

SAMPLE

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Job Center: _____

Applicant's Task List

Please review the tasks listed below and indicate those you are able to do by checking the "Yes" column and those you are unable to do by checking the "No" column. If you check the "No" column, you must specify the condition/limitation that you have that prevents you from doing the task.

Task	Yes	No	Specify Condition/Limitation
Sit			
Balance			
Bend sometimes			
Bend often			
Squat			
Climb			
Grasp objects			
Push and pull			
Reach above shoulder level			
Stand for short periods (2 hours per day)			
Stand for long periods (6 or more hours per day)			
Walk for short periods			
Walk for long periods			
Lift light objects (like a grocery bag)			
Lift medium objects (like a chair)			
Lift heavy objects (like a table)			
Carry light objects			
Carry medium objects			
Carry heavy objects			
Work in an office			
Work outdoors			

Task	Yes	No	Specify Condition/Limitation
Work around machinery			
Work around vibration			
Work around dust or fumes			
Work at high heights			
Other (specify)			

I certify that the statement above is accurate and true to the best of my knowledge. I understand that I may be given a work assignment according to my abilities as I have indicated above, and that providing false information may lead to the rejection of my application, or the suspension/reduction of my benefits.

Applicant's Signature Date

Worker's Signature Date

SAMPLE

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro de Trabajo: _____

Lista de Acciones del Solicitante

Favor revise la lista siguiente y marque la columna "S" junto a las acciones que usted puede tomar, y marque la columna "NO" junto a las acciones que no puede tomar. Si marca "NO", favor de indicar su razón o limitación que le impide tomar esa acción en particular.

Acción	Sí	No	Causa o Condición
Sentarse			
Equilibrarse			
Inclinarse de vez en cuando			
Inclinarse frecuentemente			
Agacharse			
Subir (escaleras)			
Agarrar objetos			
Jalar y Empujar			
Extender los brazos sobre el nivel de los hombros			
Estar parado(a) por tiempo corto (2 horas al día)			
Estar parado(a) por tiempo largo (6 horas o más al día)			
Caminar por tiempo corto			
Caminar por tiempo largo			
Levantar objetos livianos (como una bolsa de compras)			
Levantar objetos medianos (como una silla)			
Levantar objetos pesados (como una mesa)			
Cargar objetos livianos			
Cargar objetos medianos			
Cargar objetos pesados			
Trabajar en una oficina			
Trabajar al aire libre			

Acción	Sí	No	Causa o Condición
Trabajar cerca de máquinas			
Trabajar cerca de vibraciones			
Trabajar donde hay polvo o humo			
Trabajar en lugares altos			
Otras (favor de explicar)			

Certifico que las declaraciones anteriores son verídicas según mi leal saber y entender. Entiendo que al marcar la columna "Sí", podría ser asignado(a) a un trabajo de acuerdo a mis aptitudes y que proveer falsa información tendría como resultado el rechazo de ésta solicitud, o la suspensión/reducción de mis beneficios.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____
Firma del Trabajador _____ Fecha _____

SAMPLE