



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 #09-13-OPE

OBSOLETE FORMS

Date: February 3, 2009	Subtopic(s): Obsolete Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all staff that the following forms are now obsolete:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supplemental Transitional Work Support Program (CF-05) • Action Taken On Your Application (M-3aa) • Documentation of Nonresident State Charge Status (M-314) • Application for Life Line Telephone Service (M-463) • Affidavit Alleging Paternity (M-984d) • Agreement to Comply With Employment Program Requirements (W-532K) • 13HS – Filing SSI Application (W-533A) • 139R – Resumption of Wellness/Rehabilitation Plan (W-533B) • Transitional Medical Assistance (TMA) Benefits Quarterly Report (W-560F) • Notification of Employment (W-560GG) • Monthly Voucher (W-560J) • Parental Acknowledgment (W-561BB) • Job Club Prep Referral Letter (W-573K) • EPFT ID Card Questionnaire (W-608U) • Job Center Child Care One-Day Return Appointment (W-667) • Determination of Separate Food Stamp Household Status (W-904HH) • Follow-Up To The Quarterly Contact Report (W-912AA)

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*

Child Care

The information on forms **W-560J** and **W-667** is outdated and no longer applicable. Form **W-561BB** has been replaced with the Office of Children and Family Services-Local District System Services (**OCFS-LDSS-4699.4**) form.

Eligibility Factors

The information on these forms is outdated and no longer applicable: **CF-05**, **M-3aa**, **M-463**, and **W-912AA**.

Form **M-314** is being obsolete because the information is contained on the Statewide Common Application **LDSS-2921**.

Form **W-608U** has been replaced with the Request for Identification Card/Temporary Medicaid Authorization/Update Existing CBIC (**W-607A**) form.

The information on form **W-904HH** is now included on CA and FS application forms.

Form **M-984d** has been replaced with the Affidavit of Alleged Paternity (**CM-179**) form.

Employment

The information on forms **W-532K**, **W-560GG**, and **W-573K** is outdated and/or the programs are no longer applicable.

Referral for Medical Assessment

Forms **W-533A** and **W-533B** are obsolete and have been replaced with the Medical Provider Appointment form (**W-538C**).


The information on form **W-560F** can be found on the **MAP-908E**.

Job Center Directors and NCA FS Center Managers must ensure that all copies of these forms and their multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.

Copies of the obsolete forms are attached.

Effective Immediately

Related Items:[Employment Process Manual](#)[CD #02-15](#)[PB #00-20](#)[PB #02-63-OPE](#)[PB #07-102-OPE](#)[PB #08-123-OPE](#)[PD #07-31-SYS](#)**Attachments:****Obsolete Forms**

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

CF-05	Supplemental Transitional Work Support Program (Obsolete)
CF-05 (S)	Supplemental Transitional Work Support Program (Spanish) (Obsolete)
M-3aa	Action Taken On Your Application (Obsolete)
M-314	Documentation of Nonresident State Charge Status (Obsolete)
M-463	Application for Life Line Telephone Service (Obsolete)
M-984d	Affidavit Alleging Paternity (Obsolete)
W-532K	Agreement to Comply With Employment Program Requirements (Obsolete)
W-533A	13HS – Filing SSI Application (Obsolete)
W-533B	139R – Resumption of Wellness/Rehabilitation Plan (Obsolete)
W-560F	Transitional Medical Assistance (TMA) Benefits Quarterly Report (Obsolete)
W-560F (S)	Transitional Medical Assistance (TMA) Benefits Quarterly Report (Obsolete)
W-560GG	Notification of Employment (Obsolete)
W-560J	Monthly Voucher (Obsolete)
W-561BB	Parental Acknowledgment (Obsolete)
W-573K	Job Club Prep Referral Letter (Obsolete)
W-608U	EPFT ID Card Questionnaire (Obsolete)
W-667	Job Center Child Care One-Day Return Appointment (Obsolete)
W-904HH	Determination of Separate Food Stamp Household Status (Obsolete)
W-912AA	Follow-Up To The Quarterly Contact Report (Obsolete)

Supplemental Transitional Work Support Program

Non-Participation Survey

We would like to know why you did not find the Supplemental Work Support Transitional Program suitable for you. Please take a minute to indicate below your reason for not taking the opportunity to receive all of the benefits this program has to offer.

I did not want to participate in the Supplemental Transitional Work Support Program and receive a \$200 per month bonus for twelve months because:

I would financially lose too much in Food Stamps and/or Child Care benefits.

I would lose my Jiggets payments after 12 months.

I still do not understand how the program really works.

I am afraid if I close my case I would lose other benefits given to Family Assistance participants.

Other reason:

Explain: _____

Programa Suplemental de Transición de Apoyo al Trabajo

Encuesta de No Participación

Nos gustaría saber porque usted no encontró el Programa Suplemental de Transición de Apoyo al Trabajo adecuado para usted. Favor de tomar un minuto para indicar a continuación su razón por no aprovechar la oportunidad de recibir todos los beneficios que este programa tiene que ofrecer.

Yo no quise participar en el Programa Suplemental de Transición de Apoyo al Trabajo y recibir una bonificación de \$200 por mes por doce meses debido a que:

- Yo perdería demasiado en beneficios de Cupones para Alimentos y Cuidado Infantil.
- Yo perdería mis pagos Jiggets después de un año.
- Yo no entiendo como funcionará realmente el programa.
- Me temo que si cierro mi caso perderé otros beneficios que se proveen a beneficiarios de Asistencia Familiar.
- Si pierdo mi empleo, temo que no tendré suficiente dinero para mantener a mi familia.
- Otro:

Explique: _____

**Attach the following pre-printed statement to the
Action Taken On Your Application (M-3):**

“If you refused to appear for your initial application interview, you are ineligible to receive food stamps. If you have good cause for failure to appear for the initial application interview, the original Food Stamp file date is still valid for 30 days. Call the IS/Job Center within 30 days of the application date, and an appointment will be scheduled for you at a NPA Food Stamp Center to continue the food stamp application process.”

“Si usted reusó presentarse a su entrevista para solicitar asistencia pública, usted no es elegible para recibir cupones de alimento. Si usted tiene buena razón por no haberse presentado a su entrevista, su fecha de aplicación para cupones de alimento es válida por 30 días. Llame al Centro de Asistencia Pública/Trabajo durante los 30 días comenzando con la fecha de su solicitud y se le dará una cita con la Oficina de Cupones para que continúe el proceso de su solicitud para cupones de alimentos.”

The law that allows us to do this is NYCRR.....387.5

DOCUMENTATION OF NON-RESIDENT STATE CHARGE STATUS
(to be filed in I.M. record)

Case Name	Address	IM Center Caseload
		Cat./Case No./Suffix

SECTION A. AFFIDAVIT OF NON-RESIDENCE

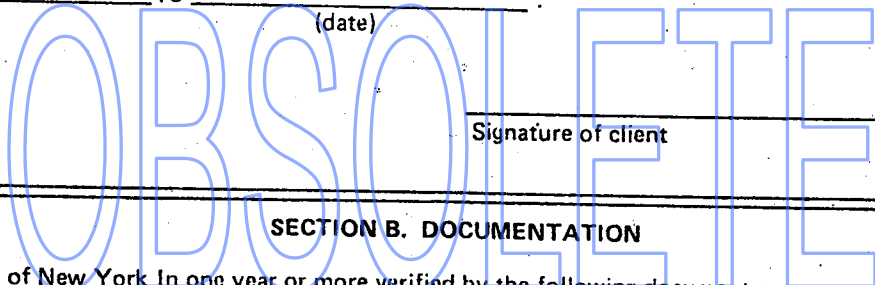
This is to attest that I, _____, and the following members of my household: _____

lived outside the state of New York in the state of _____

From _____ (date) To _____ (date)

Signature of client

Date



SECTION B. DOCUMENTATION

Residence outside the state of New York in one year or more verified by the following documents:

	From	Dates	To
1) _____	_____	_____	_____
2) _____	_____	_____	_____
3) _____	_____	_____	_____

Attach photocopies of documents listed above.

SECTION C. DECISION

State charge status is verified:

Client signed affidavit and provided one type of documentation.

Documentation from three separate sources establishes state charge.

State charge status not verified by documentation. Collateral contact required. (Complete Section D).

(See other side)

SECTION D. COLLATERAL CONTACTS

TELEPHONE CONTACT:

Name	Address	Telephone No.	Date of call (s)
<input type="checkbox"/> State charge status verified, client lived out of state from _____ to _____ <div style="text-align: center;">(date) (date)</div>			
<input type="checkbox"/> State charge status not verified, Form M-314a required. (Must be mailed to TWO separate sources)			
Form M-314a Mailed To:			Date Mailed*
1) _____			
2) _____			
* (State charge code assigned on date Form M-314a mailed)			

SECTION E. FOLLOW - UP ON FORMS M-314a

OBsolete

Verification for state charge received from _____

Letters returned 'undeliverable', client has signed affidavit, case is state charge.

Case is local charge. State charge NOT established by response from _____

New charge code assigned: _____

Code Date

Letters returned 'undeliverable', client has NOT signed affidavit, case is local charge.

New charge code assigned: _____

Code Date

Eligibility Specialist/ Date

Signature of Group Supervisor/ Date

Application for Life Line Telephone Service

(Vea el reverso para la solicitud en español.)
(Please print neatly in ink.)

1. Name
_____ (last) _____ (first) _____ (middle initial)

2. Address
_____ (number) _____ (street) _____ (apartment)
_____ (city or town) _____ (state) _____ (zip code)

3. My telephone number (include area code) is: (_____)

4. I don't have phone service, but I can be reached at: (_____)

5. Social Security Number: _____ - _____ - _____

6. Are you a dependent for federal income tax purposes?

7. If you are a dependent, are you more than 60 years of age?

8. I am now receiving aid from (fill in all that apply):

Medicaid (MA) The number on my benefit card is: _____

Supplemental Security Income (SSI) My ID No. is: _____

Family Assistance (FA) My ID No. is: _____

Safety Net Assistance (SN) My ID No. is: _____

Food Stamps My ID No. is: _____

Home Energy Assistance Program (HEAP) My ID No. is: _____

Veteran's Disability Pension My VAC No. is: _____

Veteran's Surviving Spouse Pension My VAC No. is: _____

9. I am income eligible for, but not receiving, HEAP

10. Please provide me with the following Life Line Service (check one):

Basic Life Line Service Flat Rate Life Line Service (not available in all areas)

For Company use only: Acct. no. (_____)

Please read and sign the following statement.

I certify that the above information is correct. I authorize the New York State Office of Temporary and Disability Assistance, the New York City Community Development Agency and Verizon to exchange such information as is necessary to verify my eligibility for the Life Line discount. I understand that, if I am no longer eligible, my Life Line discount will be discontinued.

11. X _____
(signature) (date)

Note:

As proof of eligibility, attach a photocopy of your Common Benefit Identification Card (CBIC) to this form. If you receive *only* HEAP, attach a photocopy of your HEAP approval notice, or a photocopy of your utility or fuel bill which shows your HEAP benefits or the notice indicating your income eligibility for HEAP. Please do not send originals.

Mail completed and signed application and proofs of eligibility to Customer Response Center, 435 West 50th Street, 10th Floor, New York, N.Y. 10102
For additional information call 1-800-555-5000.

Solicitud para el Servicio Telefónico "Life Line"

(See reverse side for application in English.)
(Por favor escriba claro y en tinta.)

Para el uso de la compañía solamente: Número de Cuenta ()

1. Nombre
 (apellido) (nombre) (inicial del segundo nombre)

2. Dirección
 (número) (calle) (apartamento)
 (ciudad o población) (estado) (código postal)

3. Mi número de teléfono (con código de área) es: ()

4. No tengo servicio telefónico todavía, pero se me puede llamar al: ()

5. Número de Seguro Social: - -

6. ¿Es usted un dependiente en la declaración de impuestos federales?

7. Si usted es un dependiente, ¿tiene más de 60 años?

8. Actualmente recibo ayuda de (marque todas las que procedan):

Medicaid (MA) El número de mi tarjeta de beneficios es:

Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) Mi No. de ID es:

Asistencia para Familias (FA) Mi No. de ID es:

Asistencia Red de Seguridad (Safety Net Assistance) (SNA) Mi No. de ID es:

Cupones para Alimentos (FS) Mi No. de ID es:

Programa de Asistencia de Energía para Viviendas (HEAP) Mi No. de ID es:

Pensión por incapacidad para veteranos Mi No. de VAC es:

Pensión para cónyuges sobrevivientes de veteranos Mi No. de VAC es:

9. No recibo HEAP, aunque soy elegible en base a mis ingresos.

10. Por favor quisiera recibir uno de estos servicios de Life Line (marque uno):

Servicio Básico de Life Line Servicio de Tarifa Fija de Life Line (no disponible en todas las áreas)

Favor de leer y firmar la siguiente declaración.

Certifico que la información proporcionada es correcta. Autorizo a la Oficina de Asistencia Temporal y de Incapacidad del Estado de New York, a la Agencia de Desarrollo de la Comunidad de Nueva York y a Verizon a intercambiar dicha información cuando sea necesario para verificar mi elegibilidad para el descuento de "Life Line."

Entiendo que de dejar de ser elegible, mi descuento de Life Line será discontinuado.

11. X
 (firma) (fecha)

Nota:

Como prueba de elegibilidad, adjunte una fotocopia de su Tarjeta de Identificación de Beneficios en Común a esta solicitud. Si usted sólo recibe asistencia del programa HEAP, envíe una fotocopia de su aviso de aprobación, o de su cuenta de electricidad o gas que muestre que recibe los beneficios de HEAP, o el aviso que indique su elegibilidad al programa HEAP en base a sus ingresos. Por favor no envíe los originales.

Llene y envíe por correo la solicitud y pruebas de elegibilidad, a Customer Response Center, 435 West 50th Street, 10th Floor, New York, N.Y. 10102.

Para obtener información adicional, llame al 1-718-557-1015.



Date: _____

Case Name: _____

Case Number/Suffix: _____

IS/Job Center: _____

AFFIDAVIT ALLEGING PATERNITY
(AFTER BIRTH OF CHILD)

State of New York

County of _____

} SS.:

_____, being duly sworn, says:
(Name of Mother)

I reside at _____ in the

County of _____, City of New York.

On or about _____, 20____, I gave birth out of wedlock to

_____, (male) (female) child at _____
(child's name)

_____ (Hospital) in the City of _____,

State of _____.

I request that the Commissioner of the Human Resources Administration of the City of New York
institute paternity and support proceedings against _____,
residing at _____,
City of _____, State of _____.

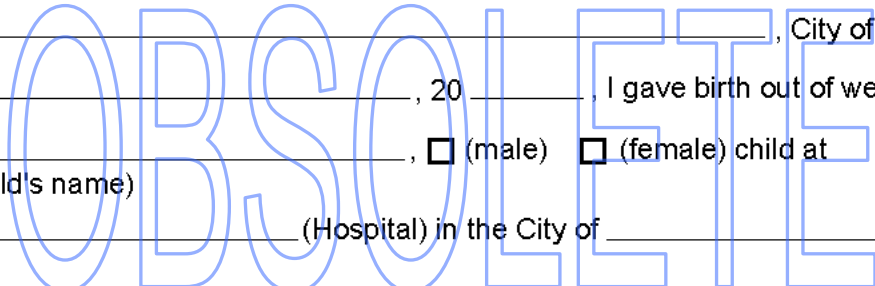
I know the above-named person to be the father of said child.
Said child is (or is likely to become) a recipient of public assistance.

Signature of Mother

Sworn before me

this _____ day of _____, 20____

Notary or Commissioner of Deeds





Fecha: _____

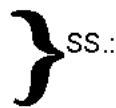
Nombre del Caso: _____

Número/Sufijo del Caso: _____

Centro IS/Trabajo: _____

DECLARACIÓN JURADA ALEGANDO PATERNIDAD
(DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE EL/LA NIÑO/A)

Estado de New York



Condado de _____

_____, debidamente juramentada, declara:
(Nombre de la Madre)

Yo resido en _____ en el

Condado de _____, Ciudad de New York.

En el _____, del 20 _____, yo di a luz fuera de matrimonio un(a)

_____, (varón) (hembra) _____

_____ (Hospital) en la Ciudad de _____,

Estado de _____.

Yo solicito que el Comisionado de la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de New York
inicie procedimientos de paternidad y manutención en contra de _____,

residiendo en _____,

Ciudad de _____, Estado de _____.

Yo sé que la persona ante dicha es el padre de dicho(a) niño(a).

Dicho(a) niño(a) es (o es probable que sea) un(a) beneficiario(a) de asistencia pública.

Firma de la Madre

Sworn before me

this _____ day of _____, 20 _____

Notary or Commissioner of Deeds



As an employable public assistance applicant or recipient I understand and agree that I must comply with the following requirements in order to receive or continue to receive public assistance:

1. I must accept referral to and participate in the **BEGIN** or other employment program when appropriate.
2. I must conduct an active job search and give evidence of such efforts when requested.
3. I must accept referral to or offer of any employment in which I am able to engage.
4. I must provide medical verification and/or undergo a medical examination or other diagnostic assessment necessary for the purpose of determining limitation on my employment or suitability for training or rehabilitation.
5. I must accept referral to or enrollment in appropriate programs of vocational rehabilitation or training if necessary to improve my employability.
6. I must accept referral to and participate in work experience on a public work project or community work experience project when appropriate.
7. I must participate in a supported work project when appropriate.
8. I must participate in the development of a child care plan when necessary.

Client's Signature: _____ Date: _____

Worker's Signature: _____ Date: _____

(vea al dorso)



Yo como solicitante o beneficiario empleable de asistencias pública, entiendo y estoy de acuerdo de que debo cumplir con los requisitos abajo mencionado para poder recibir o continuar recibiendo beneficios de asistencia pública:

1. Tengo que aceptar referencias a y participar en el Programa BEGIN u otros programas de empleo, si es apropiado.
2. Tengo que activamente buscar empleo y cuando se lo pidan, presentar evidencia que estoy en busca de trabajo.
3. Tengo que aceptar cualquiera oferta de trabajo que se me haga y que pueda yo desempeñar.
4. Tengo que proveer evidencia médica y/o someterme a un exámen médico u otro método de diagnóstico que sea necesario con el fin de determinar mis limitaciones de trabajo o mi capacidad de ser entrenado o rehabilitado.
5. Tengo que aceptar referencia o matrícula en programas apropiados de rehabilitación vocacional o entrenamiento si es necesario para así mejorar mi empleabilidad.
6. Tengo que aceptar referencias a y participar en programas de proyectos de trabajo público o experiencia de trabajo en la comunidad, cuando sea apropiado.
7. Tengo que participar en progamas de trabajo subsidiadas, cuando sea apropiado.
8. Tengo que participar en un plan de cuido de niños, cuando es necesario.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Trabajador: _____ Fecha: _____

(see other side)

Form W-533A (face)
10/18/02
Return Address (write or stamp in box below)



The **CITY** of **NEW YORK**
Human Resources Administration
Family Independence Administration

Date: _____

Case Name: _____

Case Number: _____

Case Category: _____

SSN: _____

Action Code: 13HS

Fold Here

Fold Here

13HS- Filing SSI Application

Dear Participant:

At your last medical assessment with HSS, it was determined that you are potentially eligible for SSI.

You must now return to HSS to complete the SSI application. HSS will assist you in completing the SSI application and will file the application for you.

You must report to HSS on:

Day/Date: _____	Time: _____ am/pm
Location: _____	
Travel Directions: _____	

Verified by: _____	

Please bring your Social Security card and your Medicaid photo ID card with you to this examination. You should also bring any recent doctors' letters, prescriptions and forms that may provide information on the progress of your condition.

If you do not report to HSS within one hour of your appointment, you will not be seen. If, for any reason, you cannot keep this appointment, please call () _____ prior to your scheduled appointment time.

Failure to report and comply with this appointment may result in the closing of your public assistance case.

Participant's Signature: _____ Date: _____

FIA Worker's Signature: _____ Date: _____

(vea al dorso)

Fecha: _____

Nombre Del Caso: _____

Número del Caso: _____

Categoría de Caso: _____

NSS: _____

Código de Acción: 13HS

Fold Here

Fold Here

13HS- Cómo presentar una Solicitud de SSI

Estimado(a) Participante:

Durante su última evaluación médica con HSS, se determinó que usted podría tener derecho a SSI.

Es ahora preciso que usted regrese a HSS, en donde se le ayudará a llenar y a presentar la solicitud de SSI.

Usted tiene que presentarse a HSS el:

OBSOLETE

Día/Fecha: _____	Hora: _____ am/pm
Local: _____	
Indicaciones de Viaje: _____ _____	
Confirmado por: _____	

Favor de traer con usted a este examen esta carta y sus tarjetas de Seguro Social y de identificación de Medicaid con foto. Además, usted debiera traer cualquier carta médica reciente, recetas y formularios que puedan proveer información acerca del progreso de su condición médica.

Si usted no se presenta a HSS dentro de una hora de la hora de su cita, no se le atenderá. Si por alguna razón, usted no puede cumplir con esta cita, favor de llamar al () _____ antes de su cita programada.

El no presentarse y no cumplir con esta cita como debido puede resultar en el cierre de su caso de asistencia pública.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Trabajador de FIA: _____ Fecha: _____



Date: _____

Case Name: _____

Case Number: _____

Case Category: _____

SSN: _____

Action Code: 139R

Fold Here

Fold Here

139R- Resumption of Wellness/Rehabilitation Plan

Dear Participant:

In order to monitor your disability/employability, you are required to resume the Wellness/Rehabilitation Plan.

You must report to HSS on:

OBSOLETE

Day/Date: _____	Time: _____ am/pm
Location: _____	
Travel Directions: _____	

Verified by: _____	

Please bring this letter, your Social Security card and your Medicaid photo ID card with you to this examination. You should also bring any recent doctors' letters, prescriptions and forms that may provide information on the progress of your condition.

If you do not report to HSS within one hour of your appointment, you will not be seen. If, for any reason, you cannot keep this appointment, please call () _____ prior to your scheduled appointment time.

Failure to report and comply with this appointment may result in the closing of your public assistance case.

Participant's Signature: _____ Date: _____

FIA Worker's Signature: _____ Date: _____

Return Address (write or stamp in box below)

Fecha: _____

Nombre Del Caso: _____

Número del Caso: _____

Categoría de Caso: _____

NSS: _____

Código de Acción: 139R

Fold Here

Fold Here

139R- Reanudación del Plan de Bienestar/Rehabilitación

Estimado(a) Participante:

A fin de poder realizar un seguimiento de su incapacidad/empleabilidad se le requiere que reanude el PLAN DE BIENESTAR/REHABILITACIÓN.

Usted tiene que presentarse a HSS el:

OBSOLETE

Dia/Fecha: _____	Hora: _____ am/pm
Local: _____	
Indicaciones de Viaje: _____	

Confirmado por: _____	

Favor de traer con usted a este examen esta carta y sus tarjetas de Seguro Social y de identificación de Medicaid con foto. Además, usted debiera traer cualquier carta médica reciente, recetas y formularios que puedan proveer información acerca del progreso de su condición médica.

Si usted no se presenta a HSS dentro de una hora de la hora de su cita, no se le atenderá. Si por alguna razón, usted no puede cumplir con esta cita, favor de llamar al () _____ antes de su cita programada.

El no presentarse y no cumplir con esta cita como debido puede resultar en el cierre de su caso de asistencia pública.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Trabajador de FIA: _____ Fecha: _____

TRANSITIONAL MEDICAL ASSISTANCE (TMA) BENEFITS QUARTERLY REPORT

If you have any questions or need help completing this report, call (212) 835-7681.

This report covers the period from _____ to _____.

IMPORTANT: We must have your completed report by _____.

If this form is not returned, is late, or is incomplete, your medical assistance may be delayed, reduced or discontinued.

Reminder: Be Sure to Read and Answer all Questions and Sign this Form

GENERAL INSTRUCTIONS:

1. Answer all questions.
2. If you do not complete this form and return it by the due date, or if you fail to sign the form, your benefits may be discontinued.
3. If you answer Yes to a question, you must usually provide details in the space provided, or attach an extra sheet of paper for this purpose.
4. Return this form in the enclosed business reply envelope before the date listed above. Your benefits may be discontinued if we do not get this form by that date.

DO NOT REMOVE THIS COVER SHEET WHEN YOU RETURN THE QUARTERLY REPORT

Please be sure to include your 8 weeks of pay stubs

FOR THE MONTHS OF: _____ / _____ AND _____ / _____
month year month year

QUESTION 1

Did you or anyone on your case receive wages (income) or other earnings during the period covered by this report?

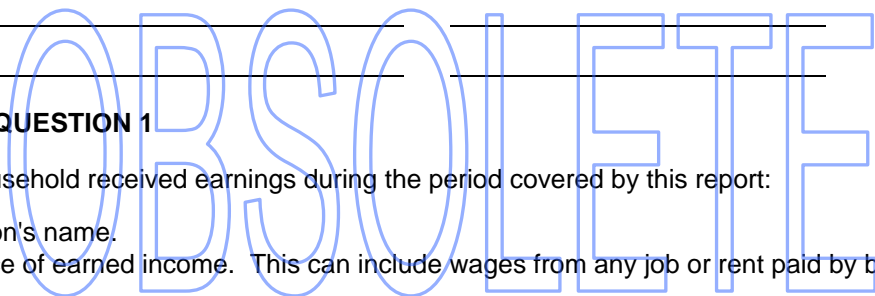
NO YES

If Yes, complete the following:

Who received wages or other earned income? _____

What is the source of these earnings? _____

Dates Received	Gross (total before taxes) Amount Received	Number of Hours Worked
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



INSTRUCTIONS FOR QUESTION 1

1. If anyone in the household received earnings during the period covered by this report:
 - Write in the person's name.
 - Write in the source of earned income. This can include wages from any job or rent paid by boarders or self-employment.
 - Write in each date earned income was received during the period.
 - Write in the gross (before taxes) amount the person received on each date listed.
 - If employed, write in the number of hours the person worked each pay period.
 - *Attach extra sheets if necessary.*
2. **If someone is working, you must send in proof of how much that person earned during the period covered by this report. (Include the most recent eight (8) weeks of paystubs or other proof of income received during the period. If someone has other income, send in proof of that income. Photocopies are acceptable.)**
3. If anyone in the household stopped working or receiving income, send in proof (termination, lay-off letter, last pay stub).

QUESTION 2

List all persons living in your home:

Name	Date of Birth	Relationship to You
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

QUESTION 3

A. Did anyone on your case join your household during the period covered by this report (including births and pregnancies)? NO YES

If Yes, complete the following:

Name(s)	Relationship To You	Date Entered Household	Do you want Medicaid for this person?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

B. Did anyone move out of your household during the period covered by this report? NO YES

If Yes, complete the following:

Name(s)	Relationship To You	Date Left Household
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INSTRUCTIONS FOR QUESTION 3

1. Write in any changes in your household during the period covered by this report, such as someone moved in or out, a parent returned home, someone became pregnant, a baby was born, etc.
2. Send in proof of any person moving into the household. Photocopies are acceptable.

QUESTION 4

Is the address printed on the label of this report your correct address? YES NO

If No, please write your correct address: _____

QUESTION 5

Do you pay for child care while you are working? NO YES

If Yes, list children's names, date of birth and monthly cost for each.

Name	Date of Birth	Monthly Cost	Type of Day Care Used
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

INSTRUCTIONS FOR QUESTION 5

- 1) If Yes, list children's names, ages and monthly costs.
- 2) Send proof of payment: signed statement by provider/babysitter or canceled check (front and back). Photocopies are acceptable.
- 3) List type of care provided: friend/neighbor, relative, day care center, or ACD center.

QUESTION 6

Are you currently receiving Transitional Child Care Benefits? NO YES

If Yes, list each child receiving Transitional Child Care and the total amount:

Name	Total \$
_____	_____
_____	_____
_____	_____

QUESTION 7

A. Does your company or union have a health insurance plan? YES NO

B. Are you covered by this plan? YES NO If No, why not? _____

If Yes, date coverage started _____

C. Are you a member of this plan? YES NO If No, why not? _____

D. If you are covered, please provide the following information:

Name of Plan: _____

Address: _____

TYPE OF PLAN: FAMILY INDIVIDUAL

Medical services paid for by the plan:

HOSPITAL

DOCTOR'S SERVICES

DENTAL SERVICES

OPTICAL SERVICES

PRESCRIPTION DRUGS

HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION

E. Are you required to contribute towards your health insurance? YES NO

If Yes, complete the following and send in proof of the monthly amount you have paid for health insurance coverage. Photocopies are acceptable.

Monthly Amount

Name of Health Insurance Carrier

QUESTION 8

Did you or anyone on this medical assistance case receive income other than wages during the period covered by this report? Examples of other income are Social Security, Child Support, Unemployment Benefits, Veterans Benefits, Workers Compensation, NYS Disability.

YES NO

If Yes, complete the following:

Who Received Income?	Source of Income	Monthly Amount
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

WARNING: If this form is not returned, is late, or is incomplete, your Medical Assistance may be delayed, reduced or discontinued. If you cannot complete or return the form on time, please contact the Work Related Benefits Unit at (212) 835-7681.

REMINDER: Sign this form in the space provided below.

CERTIFICATION: I understand that the information I provide on this report may result in changes in my assistance, including reducing my Medicaid coverage. I understand that such changes may be made without advance notice. I am aware that Federal and State Laws provide for fine and/or imprisonment of any person who fraudulently attempts to receive, or fraudulently receives, Medicaid to which the person is not entitled. I understand that I must contact the Work Related Benefits Unit immediately to report any change that occurs or if I have any doubt about needing to report any change.

Participant's Signature: _____ Date: _____

Day Telephone Number: _____

**INFORME TRIMESTRAL DE BENEFICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA DE TRANSICIÓN
(TRANSITIONAL MEDICAL ASISTANCE - TMA)**

Si tiene cualquier pregunta o necesita ayuda para completar este informe, llame al (212) 835-7681.

Este informe cubre el período de _____ a _____ .

IMPORTANTE: Tenemos que recibir su informe completado antes del _____ .

Si este formulario no es devuelto, llega tarde, o queda incompleto, su asistencia médica puede ser retrasada, reducida o descontinuada.

Recordatorio: Asegúrese de Leer y Contestar Todas las Preguntas y de Firmar este Formulario

INSTRUCCIONES GENERALES:

1. Conteste todas las preguntas.
2. Si usted no completa este formulario y lo devuelve antes de la fecha límite, o si no firma el formulario, sus beneficios pueden ser descontinuados.
3. Si su respuesta es sí a una pregunta, usualmente tiene que proveer detalles en el espacio provisto, o adjuntar una hoja de papel adicional para este propósito.
4. Devuelva este formulario dentro del sobre de contestación provisto antes de la fecha indicada más arriba. Sus beneficios pueden ser descontinuados si no recibimos este formulario para esa fecha.

CONSERVE ESTA HOJA ADJUNTA CUANDO DEVUELVA EL INFORME TRIMESTRAL

**Favor de asegurarse de incluir sus 8 semanas
de talonarios de pago**

DE LOS MESES DE: _____ / _____ Y _____ / _____
mes año mes año

PREGUNTA 1

¿Recibió usted o alguien en su caso, salarios (ingreso) u otras ganancias durante el período cubierto por este informe? NO SÍ

Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente:

¿Quién recibió salarios u otros ingresos devengados? _____

¿Cuál es la fuente de estas ganancias? _____

Fechas de Recibo	Cantidad Bruta (total antes de impuestos) Recibida	Número de Horas Trabajadas
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INSTRUCCIONES PARA LA PREGUNTA 1

- Si alguien en el hogar recibió ganancias durante el período cubierto por este informe:
 - Escriba el nombre de la persona.
 - Escriba la fuente de los ingresos devengados. Esto puede incluir salarios de cualquier trabajo o alquiler pagado por inquilinos o empleo propio.
 - Escriba cada fecha en que los ingresos devengados fueron recibidos durante el período.
 - Escriba la cantidad bruta (antes de los impuestos) que la persona recibió durante cada fecha listada.
 - Si está empleado, escriba el número de horas que la persona trabajó durante cada período de pago.
 - *Adjunte hojas adicionales si es necesario.*
- Si alguien está trabajando, usted tiene que enviar prueba de cuánto ganó esa persona durante el período cubierto por este informe. (incluya las ocho (8) semanas más recientes de talonarios de pago u otra prueba de ingreso recibido durante el período. Si alguien tiene otro ingreso, envíe pruebas de ese ingreso. Las fotocopias son aceptables.)**
- Si alguien en el hogar dejó de trabajar o de recibir ingresos, envíenos prueba (terminación, carta de despido del trabajo, último talonario de pago).

PREGUNTA 2

Liste todas la personas que viven en su hogar:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco con Usted
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PREGUNTA 3

A. ¿Alguien de su caso se mudó a su hogar durante el período cubierto por este informe (incluyendo nacimientos y embarazos)? NO Sí

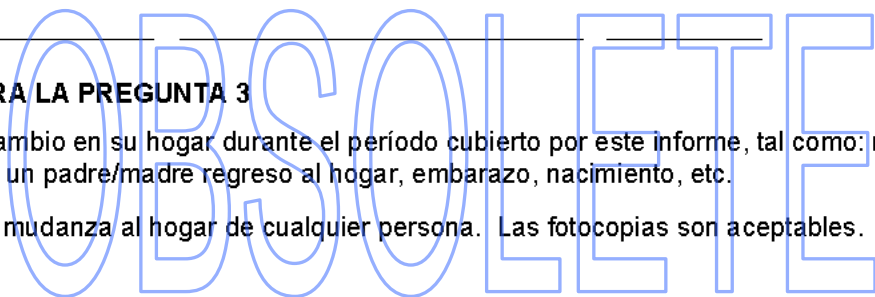
Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente:

Nombre(s)	Parentesco Con Usted	Fecha en que Entró al Hogar	¿Desea Medicaid para esta persona?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

B. ¿Alguien se mudó de su hogar durante el periodo cubierto por este informe? NO Sí

Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente:

Nombre(s)	Parentesco Con Usted	Fecha en que Se Fue del Hogar
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



INSTRUCCIONES PARA LA PREGUNTA 3

1. Incluya cualquier cambio en su hogar durante el período cubierto por este informe, tal como: mudanza a o fuera de su hogar, por parte de un padre/madre regreso al hogar, embarazo, nacimiento, etc.
2. Envíe prueba de la mudanza al hogar de cualquier persona. Las fotocopias son aceptables.

PREGUNTA 4

¿Es la dirección que aparece en la etiqueta de este informe su dirección correcta? Sí NO

Si la respuesta es No, favor de escribir su dirección correcta: _____

PREGUNTA 5

¿Usted paga por cuidado para niños mientras trabaja? NO Sí

Si la respuesta es Sí, liste los nombres de los niños, fechas de nacimiento y costo mensual para cada uno.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Costo Mensual	Tipo de Guardería Usada
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

INSTRUCCIONES PARA LA PREGUNTA 5

- 1) Si la respuesta es Sí, liste los nombres, edades y costos mensuales de los niños.
- 2) Envíe prueba de pago: declaración firmada por el/la proveedor(a)/niñera o cheque cancelado (frente y dorso). Las fotocopias son aceptables.
- 3) Liste el tipo de cuidado provisto: amigo(a)/vecino(a), pariente, guardería, o Centro de la Agencia del Desarrollo de Niños (ACD).

PREGUNTA 6

¿Está usted recibiendo actualmente Beneficios de Transición de Cuidado para Niños ? NO Sí

Si la respuesta es Sí, liste el nombre de cada niño(a) que recibe Cuidado de Transición para Niños y la cantidad total:

Nombre	Total \$
_____	_____
_____	_____
_____	_____

PREGUNTA 7

A. ¿Tiene su compañía o unión un plan de seguro de salud? Sí NO

B. ¿Está usted cubierto(a) por este plan? Sí NO Si la respuesta es No, ¿por qué no? _____

Si la respuesta es Sí, fecha en la que comenzó la cobertura _____

C. ¿Es usted miembro de este plan? Sí NO Si la respuesta es No, ¿por qué no? _____

D. Si está cubierto(a), favor de proveer la siguiente información:

Nombre del Plan: _____

Dirección: _____

TIPO DE PLAN: FAMILIAR INDIVIDUAL

Servicios médicos pagados por el plan:

- HOSPITAL SERVICIOS MÉDICOS
- SERVICIOS DENTALES SERVICIOS ÓPTICOS
- MEDICINAS RECETADAS ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE SALUD

E. ¿Se requiere que usted contribuya a su seguro de salud? Sí NO

Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente y envíe una prueba de la cantidad mensual que usted ha pagado para la cobertura del seguro de salud. Las fotocopias son aceptables.

Cantidad Mensual

Nombre del Asegurador de Salud

PREGUNTA 8

¿Recibió usted, o alguien en este caso de asistencia médica algún ingreso distinto al salario durante el período cubierto por éste informe? Ejemplos de otro ingreso son Seguro Social, Manutención para Niños, Beneficios por Desempleo, Beneficios de Veteranos, Compensación al Trabajador, Incapacidad del Estado de Nueva York.

Sí NO

Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente:

¿Quién Recibió Ingresos?	Fuente de Ingreso	Cantidad Mensual
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ADVERTENCIA: Si este formulario no es devuelto, llega tarde o está incompleto, su Asistencia Médica puede ser retrasada, reducida o descontinuada. Si usted no puede completar o devolver el formulario a tiempo, favor de ponerse en contacto con la Unidad de Beneficios Relacionados al Trabajo, al (212) 835-7681.

RECORDATORIO: Firme este formulario en el espacio provisto a continuación.

CERTIFICACIÓN: Entiendo que la información que provea en este informe puede resultar en cambios en mi asistencia, incluyendo una reducción en mi cobertura de Medicaid. Entiendo que tales cambios se pueden hacer sin aviso por adelantado. Estoy consciente de que las Leyes Federales y Estatales estipulan multas y/o encarcelamiento para cualquier persona que fraudulentamente trate de recibir o fraudulentamente reciba Medicaid, al cual la persona no tenga derecho. Entiendo que tengo que ponerme en contacto con la Unidad de Beneficios Relacionados al Trabajo inmediatamente para informarle de cualquier cambio que ocurra o si tengo alguna duda sobre la necesidad de informarle de cualquier cambio.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Número de Teléfono durante el Día: _____

NOTIFICATION OF EMPLOYMENT

I am now working. Attached is a copy of my first paystub. Please redo my budget to include my earnings and expenses. If I am no longer eligible for public assistance, please use one of the closing codes on the back of this form so that I may be eligible for Transitional Child Care & Medicaid.

DATE: _____

TO: INCOME SUPPORT CENTER: _____

IS ELIGIBILITY WORKER: _____

FROM: EMPLOYED PERSON'S NAME: _____

HOME ADDRESS: _____

TELEPHONE NUMBER: () _____

PUBLIC ASSISTANCE CASE NUMBER: _____

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____

INFORMATION ABOUT MY JOB:

DATE I STARTED JOB: _____

NUMBER OF HOURS I WORK PER WEEK IS: _____

MY CURRENT SALARY IS: \$ _____ PER HOUR OR PER WEEK (PAY STUB ATTACHED)

MY EMPLOYER'S NAME IS: _____

MY EMPLOYER'S ADDRESS IS: _____

INFORMATION ABOUT MY CHILD CARE EXPENSES:

This information is about my children for whom I pay someone to provide child care:

NAME OF CHILD IN CARE	DATE OF BIRTH	# OF DAYS PER WEEK	# OF HOURS PER DAY	# OF HOURS PER WEEK	AMOUNT CHARGED PER WEEK
					\$
					\$
					\$

I certify that the above information is correct. I further state that I understand that I am to report any change in the information stated above promptly.

EMPLOYED PERSON'S SIGNATURE: _____ DATE: _____

THIS SECTION MUST BE COMPLETED BY THE CHILD CARE PROVIDER:

NAME: _____ DATE CARE BEGAN: _____

ADDRESS: _____ TOTAL AMT. CHARGED PER WEEK: \$ _____

I certify that all of the information I am providing is correct. I understand that I will be paid directly by the client, and I must allow unlimited and on-demand access to the parent with legal custody or to the legal guardian of the children.

PROVIDER'S SIGNATURE: _____ DATE: _____

THIS SECTION MUST BE COMPLETED BY THE PROVIDER, IF THE PROVIDER IS UNLICENSED:

UNLICENSED: YES NO

1. Are you caring for more than two children who are unrelated to you? YES NO

WORK RELATED BENEFITS PROGRAM
109 EAST 16th STREET - 6th FLOOR
NEW YORK, N.Y. 10003

MONTHLY VOUCHER

E.S.#: _____

TO BE SUBMITTED AT THE END OF THE MONTH IN WHICH CHILD CARE WAS PROVIDED.

1. PARTICIPANT'S NAME _____
LAST FIRST MI.

2. ADDRESS: _____
NO. STREET APT. NO. BORO ZIP CODE

3. I AM APPLYING FOR ANOTHER PAYMENT FROM THE TRANSITIONAL CHILD CARE PROGRAM FOR THE MONTH OF _____

4. ARE YOU STILL EMPLOYED YES NO*
 *IF NO WHEN DID YOU LEAVE YOUR JOB?: _____

5. HAS YOUR CHILD CARE PROVIDER CHANGED SINCE YOUR APPLICATION? YES NO.

PARTICIPANT'S SIGNATURE

YOU MUST NOTIFY US IF ANY CHANGES HAVE OCCURRED IN YOUR HOUSEHOLD COMPOSITION OR INCOME THAT WOULD AFFECT YOUR ELIGIBILITY FOR THIS PROGRAM.

TO BE COMPLETED BY BABY-SITTER/PROVIDER

I HAVE PROVIDED CARE FOR: _____

NAME(S) OF CHILD(REN)

FOR THE MONTH _____, 199_____

YES, I HAVE RECEIVED FULL PAYMENT OF MY SERVICES FOR THIS PERIOD FROM THE ABOVE PARENT.

NO, I HAVE NOT RECEIVED FULL PAYMENT OF MY SERVICES FOR THIS PERIOD FROM THE ABOVE PARENT.

I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT THE ABOVE INFORMATION IS CORRECT.

BABY-SITTER/PROVIDER (SIGNATURE)

DATE

FOR AGENCY USE ONLY.

REQUEST FOR CHILD CARE PAYMENT IS: APPROVED DISAPPROVED

IF "DISAPPROVED," REASON: _____

INACTIVE P.A. STATUS VERIFIED.



Parental Acknowledgment

I, _____, understand that the provider, _____, (provider's name) his/her employee, volunteer, or person 18 years of age or older who resides in the home where care is given, has been convicted of a crime. I have attached a copy of the information that was given to me by the provider regarding the conviction(s).

I understand that I have the right to select another provider. If I need help locating another provider, I can request such help from HRA. I hereby waive this right and, by signing this form, I am stating that I choose to have this provider care for my child.

OBSOLETE

Parent Name (Print Name)

Parent Signature

Date

Certificación de los Padres

Yo, _____, entiendo que el proveedor(a), _____, nombre del(de la) proveedor(a) el/la empleado(a), voluntario(a) o persona de 18 años de edad o más que reside en el hogar donde se recibe cuidado infantil ha sido declarado (a) culpable de un crimen. He adjuntado una copia de la información que recibí por parte del proveedor(a) referente a la(s) condena(s) correspondiente(s).

Entiendo que tengo el derecho de seleccionar a otro(a) proveedor(a). Si necesito ayuda para localizar a otro(a) proveedor(a), puedo solicitar dicha ayuda de HRA. Por la presente, renuncio a este derecho y, al firmar este formulario, hago declaración que he seleccionado a este(a) proveedor(a) para que cuide a mi hijo(a).

Nombre del/de la Padre/Madre (En Letra de Molde)

Firma del/de la Padre/Madre

Fecha

11/29/89

W-573K



HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION
OFFICE OF EMPLOYMENT SERVICES
109 EAST 16TH STREET, NEW YORK, N.Y. 10003

JOB CLUB PREP REFERRAL LETTER

Date _____
Activity Code _____

I understand that I am to participate in Job Club Prep so that I may begin exploring job opportunities while arranging child care for my children.

I understand that I must cooperate with the services offered to me while I am participating in Job Club Prep and to keep all appointments that are required. I will call the number below if I am sick or cannot report for any class for any other valid reason.

I will receive carfare while I am participating in the Job Club Prep.

I understand that my participation in this program is mandatory and that my public assistance benefits may be reduced if I do not participate without a valid reason.

I will report on _____ at 9:30 am sharp
to:

Name _____

Address _____

Telephone _____

Directions _____

Signature _____

Client Name _____

Case Number _____

IMPORTANT - PLEASE READ AND COMPLETE THIS FORM

EPFT ID Card Questionnaire

If we accept your case you will need an EPFT ID Card to get your monthly Food Stamp benefits.

The quickest way to obtain your EPFT ID Card when your case is accepted will be for you to pick it up at the following office:

For residents of the Bronx, Manhattan or Staten Island: 340 West 34th Street
New York 10001

For residents of Brooklyn and Queens: 330 Jay Street
Brooklyn 11201

Please answer the following questions:

- Do you have a disability that will prevent you from going to the above office to pick up your EPFT ID Card?

YES NO

If NO stop here. If YES, go to the next question.

- If you have a disability that will prevent you from going on your own to the EPFT ID Office, can a friend or relative take you there, by either public transportation or private car?

YES NO

If YES, tell us who:

Name: _____

Address: _____

Telephone #: _____

PLEASE MAIL THIS FORM BACK WITH YOUR APPLICATION

(Vea el reverso)

IMPORTANTE- POR FAVOR, LEA Y COMPLETE ESTE FORMULARIO

Cuestionario sobre la Tarjeta de Identificación de EPFT

Si su caso es aceptado, usted necesitará una tarjeta de identificación de EPFT para obtener sus beneficios mensuales de Cupones de Alimentos.

La manera más rápida de obtener la tarjeta de identificación será recogerla en persona en la oficina indicada a continuación:

Para residentes del Bronx, Manhattan, o Staten Island: 340 West 34th Street.
New York 10001

Para residentes de Brooklyn y Queens: 330 Jay Street
Brooklyn 11201

Por favor, conteste las preguntas siguientes:

- ¿Tiene usted una incapacidad que le previene ir a la oficina arriba indicada para recoger su tarjeta de identificación de EPFT?

SI

NO

Si usted contesta "NO", no conteste las preguntas siguientes. Si usted contesta "SI", por favor complete el resto del formulario.

- Si usted tiene una incapacidad que le previene ir solo(a) a la oficina de EPFT para recoger su tarjeta de identificación, tiene usted un amigo(a) o pariente que puede acompañarle tomando transporte público o llevarle con carro privado?

SI

NO

Si contesta "SI", por favor, díganos quien es:

Nombre: _____

Dirección: _____

Telefono #: _____

POR FAVOR, ENVIENOS ESTE FORMULARIO CON SU SOLICITUD

(See other side)

JOB CENTER CHILD CARE ONE-DAY RETURN APPOINTMENT

Participant's Name: _____

Registration Number: _____

In accordance with my assessment, I understand that I must report to my assigned activity on the following Start Date _____ or risk rejection of my application for Family Assistance benefits.

In order to participate in my activity, I must make child care arrangements for my children who need care.

OBSCOLETE

I will bring back this form and the Child Care Provider Form no later than _____ so that I do not risk rejection of my application for benefits.
(Date)

I understand that this is a mandatory return appointment.

Participant's Signature: _____ **Date:** _____

Social Service Planner's Signature: _____ **Date:** _____

CENTRO DE TRABAJOS FORMULARIO PARA REGRESAR EN UN DÍA A UNA CITA PARA LOS ARREGLOS DE CUIDADO INFANTIL

Nombre del Participante: _____

Número de Registración: _____

De acuerdo con mi evaluación, tengo entendido que me debo de reportar a mi actividad designada empezando en la fecha siguiente _____ o corro el riesgo de que mi solicitud para recibir beneficios de Ayuda para Familias sea rechazada.

Para poder participar en mi actividad, es necesario que haga arreglos para el cuidado de mi(s) hijo(a)(s) que necesita(n) ser cuidado(a)(s).

Devolveré este formulario y el Formulario de Proveedor de Cuidado Infantil (*Child Care Provider Form*) a más tardar el _____ para que no corra el riesgo de que mi solicitud para recibir beneficios sea rechazada.

Tengo entendido que esta cita próxima es obligatoria.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma de Ayudante de Servicios Sociales: _____ Fecha: _____

DETERMINATION OF SEPARATE FOOD STAMP HOUSEHOLD STATUS

INSTRUCTIONS: COMPLETE ONLY FOR THE FOLLOWING TYPES OF MUTUAL CASES:

- Mutual cases where the case head of one suffix is the sister or brother of the case head of another suffix AND one or both case heads has a minor dependent child.
- Mutual cases involving three generation households where the grandparent is the case head of one suffix and the mother (age 18 or older) is the case head of another suffix which includes her minor dependent child.

Payee/(suffix 1)	Case Number
Payee/(suffix 2)	Case Number
Payee/(suffix 3)	Case Number
Payee/(suffix 4)	Case Number

We, the above individuals, affirm that we and our dependents (if any) reside in the same dwelling unit. We agree that the following is true about our household arrangements:

WE PURCHASE AND PREPARE FOOD TOGETHER:

YES

NO

We understand that if we answered "YES" to the question above, we will be determined to be living as a single Food Stamp Household. Our Food Stamp benefits will be calculated as if we were one household.

We understand that if we answered "NO" to the question above, we will be determined not to be a single Food Stamp household. Our Food Stamp benefits will be calculated as if we were separate households, and the benefits calculated in this manner will be the basic benefit for each household (except for deductions for shelter, utilities, heating, telephone, water and other shelter expenses which can only be claimed by the household which is billed for these items).

We further understand that we have the right to inform you of any future changes in our household arrangements and to have the amount of the Food Stamp benefit recomputed.

SIGNED:

Payee/(suffix 1)	Date
Payee/(suffix 2)	Date
Payee/(suffix 3)	Date
Payee/(suffix 4)	Date

Worker: _____ Date: _____ Telephone No.: _____

If you have questions about the budgeting of your Food Stamp cases, please contact your worker.

FILING: A COPY IS TO BE PERMANENTLY FILED IN THE CASE RECORD FOR EACH SUFFIX.

(Vea al dorso)

**DETERMINACION DEL STATUS DEL HOGAR
PARA RECIBIR BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS POR SEPARADO**

Nosotros, los individuos antedichos afirmamos que nosotros y nuestros dependientes (si existen algunos) residimos en el mismo domicilio. Hemos acordado que la siguiente información acerca de nuestra composición familiar es correcta y verdadera.

COMPRAMOS Y PREPARAMOS JUNTOS LAS COMIDAS: SÍ NO

Nosotros entendemos que si contestamos "SÍ" a la pregunta antes mencionada, seremos considerados como una sola familia de Cupones de Alimentos. Nuestros beneficios de Cupones de Alimentos serán calculados en conformidad.

Comprendemos que si contestamos "NO" a la pregunta antes expuesta, no seremos considerados como una sola familia de Cupones de Alimentos. Nuestros beneficios de Cupones de Alimentos serán calculados en conformidad y los beneficios básicos para cada familia (con la excepción de las deducciones para renta servicios públicos, calefacción, teléfono y agua, las cuales pueden ser reclamadas solamente por la familia que reciba las facturas.)

Entendemos que tenemos el derecho de avisarle de cambios futuros en nuestra composición familiar y el derecho de tener la cantidad de nuestra concesión recalculada.

FIRMADO:

_____	_____
Cabeza del caso (suffix 1)	Fecha
_____	_____
Cabeza del caso (suffix 2)	Fecha
_____	_____
Cabeza del caso (suffix 3)	Fecha
_____	_____
Cabeza del caso (suffix 4)	Fecha

Worker: _____ Date: _____ Telephone No.: _____

Si usted tiene alguna pregunta respecto al presupuesto de sus casos de Cupones de Alimentos, favor de comunicarse con su trabajador(a).

FOLLOW-UP TO THE QUARTERLY CONTACT REPORT

CASE NUMBER	OFFICE NUMBER	UNIT NUMBER	WORKER NUMBER	REPORT QUARTER
--------------------	----------------------	--------------------	----------------------	-----------------------

QUESTIONS? CALL:	THIS IS YOUR REPORT FOR: (Report Quarter)	WE MUST RECEIVE YOUR COMPLETED REPORT BY DUE DATE:

GENERAL INSTRUCTIONS:

1. **ANSWER ALL QUESTIONS ON THIS FORM.** Answer all questions on this form for everyone who is getting Public Assistance and/or Food Stamps or anyone living with you who is legally responsible for someone getting Public Assistance or Food Stamps. If someone has recently moved into your household make sure you report that in question #2. If someone has been living with you for awhile, but you are not sure if the Social Services Department knows the person is there, report it on this form.
2. Some questions require you to give more information in the space under the question. If you need more space, use a separate piece of paper. You must send in proof of income and expenses.
3. Return this form to the address on the front of the enclosed notice by the due date listed at the top of this form, or your case may be closed.
4. If you have a good reason for not returning this form on time, call your worker to explain why.
5. **IMPORTANT - You must sign the back of this form.** If you do not, this form is not complete.

REMINDER: For Public Assistance you must report any changes to your worker right away (within 10 days). For Food Stamps you do not need to report changes at anytime other than on the Quarterly Report or at recertification. However, you may voluntarily report changes at anytime. If you do, we must immediately take appropriate action, including increasing your Food Stamps if the change requires an increase.

If you no longer need Public Assistance, Medical Assistance or Food Stamps, please sign below. Your case will be closed.

(I no longer need Public Assistance/Medical Assistance/Food Stamps. You can close my case.)

DATE _____

SIGNATURE _____

QUESTION 1

Do you, or any members of your household, have any income, other than Public Assistance? NO YES

IF YOU HAVE INCOME, DESCRIBE IN THE BOX BELOW:

(Examples of income include earnings from a job, Unemployment Insurance Benefits, Supplemental Security Income, Social Security Benefits, Veterans Benefits, pensions, child support, contributions, and/or other sources.)

NAME OF PERSON GETTING INCOME	SOURCE OF INCOME	HOW OFTEN (received)	HOW MUCH (before taxes)

FOR PUBLIC ASSISTANCE AND FOOD STAMPS:

Send in pay stubs or proof of other income for each time it was received for the most recent month listed above in the "Report Quarter". If you have already sent in proof of SSI, Social Security, Veterans Benefits, or income from child support, you do not need to send in proof again, unless there has been a change. If someone has stopped or started working, or receiving other income, you must send in proof that the income has stopped or started.

Also, send proof of child care costs for each time you were charged during the same period. If you do not provide this, you may lose the child care deduction/allowance that we give you.

For the Child Assistance Program: Send proof of earnings, other income and child care costs for the three months listed on the front of this form as "Report Quarter".

QUESTION 2

Did anyone move into or out of your household during the "Report Quarter" (including births)?

NO YES If YES, complete the box below.

NAME(S)	RELATIONSHIP	MOVED IN (or born)	MOVED OUT (or died)	DATE

1. Write in any changes in the number of people in your household during the "Report Quarter", such as: *someone moved in or out, a parent or other relative returned home, someone is pregnant, a baby is born, etc.*
2. If you have proof of change, send it in. Otherwise, you will be contacted.

QUESTION 3

Have there been any other changes since your last report, or do you expect any changes?

NO YES If YES, explain below.

FOR EXAMPLE: *moving, change in rent cost, starting a job, change in pay/other income, contributions/subsidies, an absent parent/other relative returning home, pregnancy, etc.*

(If you have proof of change, send it in. Otherwise, you will be contacted.)

WARNING - If this form is not returned or is late, your Public Assistance, Food Stamp and Medical Assistance benefits may be delayed, reduced or discontinued. If you cannot complete or return the form by the due date listed on the front of this form, please contact your worker.

CERTIFICATION - I understand that the information I provide on this report may result in changes in my assistance, including reducing the amount of my PA benefits, Food Stamps, and Medical Assistance or closing my case. I am aware that Federal and State Law provide for fine and/or imprisonment of any person who fraudulently attempts to receive, or fraudulently receives Public Assistance, Medical Assistance or Food Stamps to which the person is not entitled.

I understand that I must contact my worker immediately to report any changes that occur for my Public Assistance case. For my Food Stamp case I must report changes on the Quarterly Report and at recertification but I may report changes at any other time.

IMPORTANT - YOU MUST SIGN THIS FORM. IF YOU DO NOT, THIS FORM IS NOT COMPLETE.

Your Signature	Date	Telephone Number (where you can be reached)

SEGUIMIENTO AL REPORTE TRIMESTRAL

CASE NUMBER	OFFICE NUMBER	UNIT NUMBER	WORKER NUMBER	UNIT OR WORKER NAME
-------------	---------------	-------------	---------------	---------------------

¿PREGUNTAS? LLAME:	ESTE ES SU REPORTE PARA: (Trimestre a Reportar)	NOSOTROS DEBEMOS RECIBIR SU REPORTE COMPLETO ANTES DEL O EL:

INSTRUCCIONES GENERALES:

1. **CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO.** Conteste todas las preguntas en este formulario relacionadas con cada uno de los que están recibiendo Asistencia Pública y/o Cupones de Alimentos, o cualquiera que esté viviendo con usted y sea legalmente responsable de alguien que esté recibiendo Asistencia Pública o Cupones de Alimentos. Si alguien se ha mudado a su casa recientemente, asegúrese de informar esto bajo la pregunta No. 2. Si alguien ha estado viviendo con usted por algún tiempo, pero usted no tiene la seguridad de que el Departamento de Servicios Sociales sabe que esa persona está ahí, infórmelo en este formulario.
2. Algunas preguntas requieren que usted dé más información de la que cabe en el espacio debajo de dicha pregunta. Si usted necesita más espacio, use una hoja de papel adicional. Usted tiene que enviar pruebas de sus ingresos y de sus gastos.
3. Devuelva este formulario a la dirección que aparece en el frente de la notificación adjunta antes de la fecha señalada en la parte superior de este formulario, o su caso puede ser cerrado.
4. Si usted tiene una buena razón para no devolver este formulario a tiempo, llame a su trabajador(a) social para explicarle la razón.
5. **IMPORTANTE** - Usted debe firmar el reverso de este formulario. Si no lo hace, este formulario no estará completo.

RECUERDE: Para la Asistencia Pública, usted debe informar cualesquier cambios a su trabajador(a) inmediatamente (dentro de 10 días). Para Cupones de Alimentos, usted no necesita informar cambios en ningún otro momento una vez que los haya reportado en el Informe Trimestral o al obtener la recertificación. Sin embargo, usted puede reportar cambios en cualquier momento. Si usted cumple con este requisito, nosotros debemos tomar acción apropiada inmediatamente, incluyendo el incremento o aumento de sus cupones de alimentos si el cambio requiere un incremento.

Si usted ya no necesita Asistencia Pública, Asistencia Médica, o Cupones de Alimentos, por favor firme abajo. Su caso será cerrado.

(Yo ya no necesito Asistencia Pública/Asistencia Médica/Cupones de Alimentos. Ustedes pueden cerrar mi caso.)

FECHA _____

FIRMA _____

PREGUNTA No. 1

Usted, o cualquier otro miembro de su familia recibe algún ingreso aparte de Asistencia Pública? NO SI

SI USTED TIENE ALGUN INGRESO, DESCRIBALO EN LA CASILLA DE ABAJO:

(Los ejemplos de ingresos incluyen lo que se gana en un trabajo, Beneficios del Seguro de Desempleo (Unemployment Insurance Benefits), Ingreso Suplementario del Seguro (Supplemental Security Income), Beneficios del Seguro Social (Social Security Benefits), Beneficios de Veteranos, pensiones, manutención infantil, contribuciones, y/o otros recursos.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTA RECIBIENDO INGRESOS	FUENTE DE INGRESOS	CUAN A MENUDO (los recibió)	CANTIDAD DE DINERO (antes de los impuestos)

PARA ASISTENCIA PUBLICA Y CUPONES DE ALIMENTOS:

Envíe comprobantes de pago o prueba de otros ingresos para cada una de las veces en que fueron recibidos durante el mes más reciente indicado arriba bajo el "Trimestre a Reportar". Si usted ya ha enviado pruebas del SSI, del Seguro Social, de Beneficios de Veteranos, o ingresos para la manutención infantil, no necesita enviar pruebas de nuevo, a menos que haya habido un cambio. Si alguien ha dejado o comenzado a trabajar, o ha dejado de recibir otro ingreso, usted debe enviar alguna prueba de que perdió o comenzó a recibir ese ingreso.

También envíe prueba de los costos de cuidado infantil para cada vez que a usted se le cobró durante el mismo periodo. Si usted no proporciona este dato, puede perder la deducción/subsidio que le damos para el cuidado de niños.

Para el Programa de Asistencia Infantil: Envíe comprobantes de sueldo percibido, de otros ingresos y de los gastos que incurrió para el cuidado de niños, durante los tres meses anteriormente indicados en el frente de este formulario bajo "Trimestre a Reportar".

PREGUNTA No. 2

Hubo alguien que se mudó o trasladó a, o fuera de, su casa durante el trimestre a reportar (incluyendo los nacimientos)?

NO

SI Si marca SI, complete la casilla de abajo:

NOMBRE(S)	PARENTESCO	SE TRASLADO A (o nació)	SE TRASLADO FUERA DE (o murió)	FECHA

1. Escriba cualesquier cambios en cuanto al número de personas que viven con usted durante el "Trimestre a Reportar." Tales como: *alguien que se muda con usted o fuera de su casa, un padre u otro pariente que regresa al hogar, alguna mujer que esta embarazada, algún bebé que ha nacido, etc.*
2. Si usted tiene prueba del cambio, envíela. Si no, alguien se comunicará con usted.

PREGUNTA No. 3

Ha habido algún otro cambio desde su último informe, o espera que se produzcan cambios?:

NO

SI Si marca SI, explíquelo debajo.

POR EJEMPLO: *Traslado, cambio en el costo del alquiler, el comienzo de un trabajo, cambio de sueldo/otro ingreso, contribuciones/subsidios, un padre ausente/otro pariente que regresa al hogar, embarazo, etc.*

(Si usted tiene prueba del cambio, envíela. Si no, alguien se comunicará con usted.)

ADVERTENCIA - Si este formulario no es devuelto o llega tarde, sus beneficios de Asistencia Pública, Cupones de Alimentos y Asistencia Médica pueden ser demorados, reducidos o discontinuados. Si usted no puede completar o devolver este formulario para la fecha indicada en el frente de este formulario, por favor póngase en contacto con su trabajador(a).

CERTIFICACION - Comprendo que la información suministrada por mí en este reporte puede dar por resultado cambios en mi asistencia, incluyendo la reducción del monto de beneficios de Asistencia Pública, de mis Cupones de Alimentos y de Asistencia Médica, o en el cierre de mi caso. Sé que las Leyes Federales y Estatales estipulan la imposición de multas y/o encarcelamiento de cualquier persona que reciba fraudulentamente Asistencia Pública, Asistencia Médica, o Cupones de Alimentos sin tener derecho a esos beneficios.

Yo comprendo que debo ponerme en contacto con mi trabajador(a) inmediatamente para informar sobre cualesquier cambios que ocurran en mi caso de Asistencia Pública. Para mi caso de Cupones de Alimentos, yo debo informar cambios en el Reporte Trimestral y al obtener la recertificación, pero yo puedo reportar cambios en cualquier otro momento.

IMPORTANTE - USTED DEBE FIRMAR ESTE FORMULARIO. SI NO LO HACE, ESTE FORMULARIO NO ESTARA COMPLETO.

Su Firma	Fecha	Número de Teléfono (donde se le puede llamar)