



**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 #09-14-OPE**

**REVISION TO THE NOTICE OF DECISION ON ASSISTANCE TO MEET AN IMMEDIATE NEED OR SPECIAL ALLOWANCE (FOR APPLICANTS ONLY) FORM (W-145HH)**


<p><b>Date:</b> February 5, 2009</p>	<p><b>Subtopic(s):</b> Immediate Needs, Code 44, Emergency Assistance, Application</p>
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>Form <b>W-145HH</b> must be completed and issued for every request for emergency assistance.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center staff of a revision to the Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need or Special Allowance (For Applicants Only) Form (<b>W-145HH</b>). It is informational for all other staff.</p> <p>Form <b>W-145HH</b> has been revised to include an additional box on the second page of the form titled "Other action taken on your application." JOS/Workers will be able to select this box when a type of emergency assistance that is not already listed on the form (i.e. burial allowance) is being granted on an application. When a JOS/Worker selects this box on the form they should also make an entry in the accompanying text box indicating the action being taken on the application.</p> <p>Job Center Directors must ensure that all previous versions of form <b>W-145HH</b>, as well as the multilingual equivalents, are removed from circulation and recycled.</p> <p>Samples of the revised form are attached.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p>

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

**Related Item:**

[PD #09-05-ELI](#)

**Attachments:**

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

**W-145HH**

Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need or Special Allowance (For Applicants Only) (Rev. 2/5/09)

**W-145HH (S)**

Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need or Special Allowance (For Applicants Only) (Spanish) (Rev. 2/5/09)

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Worker Name: \_\_\_\_\_  
Worker Phone: \_\_\_\_\_  
FH&C Phone: \_\_\_\_\_

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

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

#### Immediate Needs

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

If your application for ongoing Cash Assistance is denied for failure to comply with eligibility requirements, a second request for an immediate need/emergency grant for "no food" or items relating to health and safety, filed within three months of the original application denial, may also be denied unless you can document good cause for your original failure to comply.

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

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

- An emergency preinvestigation grant in the amount of \$ \_\_\_\_\_ will be available to you on \_\_\_\_\_.  
(Date)
- An emergency grant (one shot deal) has been provided in the amount of \$ \_\_\_\_\_ for \_\_\_\_\_.
- A health and safety kit has been provided on \_\_\_\_\_.  
(Date)
- A Goodwill Voucher has been provided in the amount of \$ \_\_\_\_\_ for \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_.  
(Date)
- If this box is checked, you are responsible for repaying \$ \_\_\_\_\_ as shown:
  - This amount must be repaid to us in accordance with the agreement to repay which you signed on \_\_\_\_\_.  
(Date)
  - You must repay the amount shown above because it is more than the Human Resources Administration (HRA) shelter maximum of \$ \_\_\_\_\_ for your family size of \_\_\_\_\_ for each month of arrears that HRA agreed to pay.

**Immediate Needs (Continued)**

Assistance to meet an immediate need is denied because:

when you applied for Cash Assistance on \_\_\_\_\_ (within the last three months), you were issued:  
(Date)

an immediate need(s) grant(s)

a health and safety kit(s)

a Goodwill Voucher(s)

Other:

and subsequently, failed to comply with the eligibility requirements without good cause. The regulations which allow us to do this are 18 NYCRR § 351.1, § 351.8, and § 352.7.

Other action taken on your application:

SAMPLE

**Medical Assistance**

If you need help with your medical bills, you must apply separately for Medical Assistance. If you want more information about eligibility for Medical Assistance, call the Worker's telephone number listed on **page 1**.

Your Medical Assistance stays the same.

Your application for Medical Assistance is being reviewed. We will send your decision within 30 days.

Authorized by \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.  
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION  
SECTION OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

## Conference and Fair Hearing Section

If you think our decision was wrong, you can ask for a review of our decision. We will correct our mistakes. You can do both 1 and 2:

1. Ask for a meeting (conference) with one of our supervisors;
2. Ask for a State fair hearing with a State hearing officer.

### 1) CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### 2) STATE FAIR HEARING

You have the following number of days from the date of this notice to ask for a fair hearing:

Benefit Area	Time Limit
Cash Assistance, Medical Assistance, Social Services	60 days
Food Stamp Benefits	90 days

If this notice is telling you that you must repay Cash Assistance because you signed a repayment agreement, or because the shelter arrears that HRA agreed to pay is more than the HRA shelter maximum, and if you do not agree that you must repay or you do not agree with the amount HRA says you must repay, you must call for a fair hearing. If you do not call for a fair hearing, you cannot claim in the future that the agency's decision that you owe the debt was wrong. The time limit for calling for a fair hearing on the issue of the repayment is the same as the limit for any Cash Assistance action this notice is telling you about, 60 days.

**How to Ask for a Fair Hearing:** If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, fax, in person or online.

- (1) TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201  
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
**(518) 473-6735**.
- (4) IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either:  
**14 Boerum Place, Brooklyn, NY** or **330 West 34th Street, 3rd Floor, New York, NY**
- (5) ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax or online, please write to ask for a fair hearing before the deadline.

**What to Expect at a Fair Hearing:** The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

At the hearing, you and your lawyer or other representative will have a chance to explain why we are wrong and a chance to give the hearing officer written papers that explain why we are wrong.

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements.

At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

**IF YOUR SITUATION IS EXTREMELY SERIOUS, THE STATE WILL ATTEMPT TO PROCESS YOUR REQUEST FOR A FAIR HEARING AS QUICKLY AS POSSIBLE. IF YOU CALL TO REQUEST A FAIR HEARING, PLEASE BE PREPARED TO EXPLAIN YOUR SITUATION TO THE PERSON WHO ANSWERS THE PHONE. IF YOU WRITE, FAX OR CONTACT US ONLINE INSTEAD, PLEASE BE SURE TO EXPLAIN YOUR SITUATION.**

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call (718) 722-5012, fax (718) 722-5018 or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

**INFORMATION:** If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on **page 1** of this notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

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

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

Name M.I. Last Name

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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

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

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

#### Necesidades Inmediatas

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

Si su solicitud de Asistencia en Efectivo continua es rechazada debido a incumplimiento de requisitos de elegibilidad, puede que también se rechace una segunda solicitud de concesión de emergencia/necesidad inmediata para artículos "no alimentarios" relacionados con la salud y la seguridad, si la misma es presentada menos de tres meses después de haber sido rechazada la primera solicitud, a menos que usted muestre pruebas válidas que justifiquen su incumplimiento respecto a los requisitos de la primera solicitud.

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

Por medio del presente aviso le informamos de que hemos evaluado su solicitud respecto a una concesión para cubrir necesidades inmediatas y la decisión es la siguiente:

- Una concesión de emergencia preinvestigación por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ estará a su disposición en \_\_\_\_\_  
(Fecha)
- Se le ha otorgado una concesión de emergencia por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_.
- Se le ha facilitado un botiquín de salud y seguridad (health and safety kit) en \_\_\_\_\_  
(Date)
- Se le ha otorgado un Comprobante de Buena Voluntad de \$ \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
(Fecha)
- Si se marca esta casilla, usted es responsable por el reembolso de \$ \_\_\_\_\_ como indicado:
  - Esta cantidad se nos tiene que pagar conforme al acuerdo de reembolso que usted firmó el \_\_\_\_\_  
(Fecha)
  - Usted tiene que reembolsar la cantidad indicada más arriba porque el máximo de albergue de la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) de \$ \_\_\_\_\_ para su familia con \_\_\_\_\_ personas para cada mes de atraso que HRA acordó pagar.

**Necesidades Inmediatas** (Continuación)

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

cuando solicitó Asistencia en Efectivo el \_\_\_\_\_ (dentro de los últimos tres meses), usted recibió:  
(Fecha)

concesión(es) para necesidades inmediatas

botiquín(es) de salud y seguridad

Comprobante(s) de Buena Voluntad

Otro:

y posteriormente, no cumplió con los requisitos de elegibilidad sin motivo justificado. Los reglamentos que nos permiten hacer esto son 18 NYCRR § 351.1, § 351.8, y § 352.7.

Otras acciones tomadas hacia su solicitud:

SAMPLE

**Asistencia Médica**

Si usted necesita ayuda para pagar sus facturas médicas, tiene que solicitar Asistencia Médica por separado. Si desea más información sobre elegibilidad para Asistencia Médica, llame al número de teléfono de su Trabajador en la **página 1**.

Su Asistencia Médica permanecerá sin cambios.

Se está evaluando su solicitud de Asistencia Médica. Le enviaremos su decisión dentro de 30 días.

\_\_\_\_\_  
Autorizado por

\_\_\_\_\_  
Fecha

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



## Sección sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

Si usted cree que nuestra decisión fue equivocada, puede solicitar una revisión de nuestra decisión. Corregiremos nuestros errores. Usted puede tomar ambas medidas 1 y 2:

1. Solicitar una reunión (conferencia) con unos de nuestros supervisores;
2. Solicitar una audiencia imparcial Estatal con un oficial de audiencia imparcial.

### 1) CONFERENCIA

Si usted cree que nuestra decisión es errónea, o si no entiende nuestra decisión, favor de llamarnos para programar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales (Fair Hearing and Conference – FH&C) en la **página 1** de este aviso o escriba a la dirección en la **página 1** de este aviso. A veces esta resulta ser la manera más rápida de resolver un problema que usted pueda tener. Le recomendamos a que así haga aun si ha solicitado una Audiencia Imparcial. El solicitar una conferencia no le impide solicitar además una Audiencia Imparcial.

### 2) AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Usted tiene el siguiente número de días desde la fecha de este aviso para solicitar una audiencia imparcial:

Tipo de Beneficios	Plazo Límite
Asistencia en Efectivo, Asistencia Médica, Servicios Sociales	60 días
Beneficios de Cupones para Alimentos	90 días

Si este aviso le indica que usted debe reembolsar Asistencia en Efectivo porque firmó un acuerdo de reembolso, o porque los pagos atrasados de albergue que la HRA acordó reembolsar suman más que el máximo para el albergue de la HRA, y si usted no está de acuerdo que efectuar este reembolso o si no está de acuerdo con la cantidad que la HRA estipula que usted debe reembolsar, debe llamar para solicitar una audiencia imparcial. Si usted no llama para una audiencia imparcial, no podrá reclamar posteriormente que la decisión de la agencia que usted tiene una deuda fue errónea. El plazo límite para llamar para una audiencia imparcial sobre el reembolso es el mismo que el plazo límite para cualquier medida de Asistencia en Efectivo sobre la cual este aviso le informa, 60 días.

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted cree que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, fax, en persona o por Internet.

**(1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)

**(2) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201  
(Favor de guardar una copia para usted.)

**(3) POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al:  
**(518) 473-6735**.

**(4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:  
**14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd Floor, Manhattan**

**(5) POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
**<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>**

Si usted no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por fax o por Internet, favor de escribir para solicitar una audiencia imparcial antes de la fecha límite.

**Qué Puede Esperar de la Audiencia Imparcial:** El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Usted puede traer a la audiencia a un abogado, un pariente, un amigo, o alguien para que le ayude con este propósito. Si usted no puede presentarse en persona, puede enviar a alguien que le represente. Si va a enviar a alguien que no es abogado a la audiencia que le represente, debe darle a esa persona una carta para el oficial de audiencias que indique que usted desea que esta persona le represente en la audiencia.

Durante la audiencia, usted y su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de explicar por qué estamos equivocados y la oportunidad de entregarle al oficial de audiencias documentos que aclaren por qué estamos equivocados.

Para ayudarle a explicar en la audiencia por qué usted cree que estamos equivocados, usted debe traer a cualquier testigo que le puedan ayudar. Además, debe traer cualquier documento que tenga, como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas, declaraciones médicas.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya.

**SI SU SITUACIÓN ES EXTREMADAMENTE GRAVE, EL ESTADO INTENTARÁ TRAMITAR SU PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL LO MÁS RÁPIDO POSIBLE. SI USTED LLAMA PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA, FAVOR DE ESTAR LISTO PARA EXPLICAR SU SITUACIÓN A LA PERSONA QUE CONTESTE EL TELÉFONO. SI ESCRIBE, FAXEA O SE COMUNICA CON NOSOTROS POR INTERNET, NO FALTE EN EXPLICAR SU SITUACIÓN.**

**ASISTENCIA LEGAL:** Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

**INFORMACIÓN:** Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **primera página** de este aviso.

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

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

Nombre en  
Letras de  
Moide:

Nombre \_\_\_\_\_ I. Apellido \_\_\_\_\_

Núm. del Caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_