



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 #09-15-ELI

REVISIONS TO THE CASH ASSISTANCE MAILER

Date: February 5, 2009	Subtopic(s): Eligibility
<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 Family Independence Administration (FIA) has developed a new notice entitled Important Notice Regarding Your Eligibility for Cash Assistance and Food Stamps (M-327hh) form and revised the Mail-In Recertification/Eligibility Questionnaire (M-327h), to conform to the State version, form LDSS-4887.</p> <p>The revisions to form M-327h are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The opening statement has changed. • Public Assistance (PA) is now Cash Assistance (CA) throughout the document. • In Section 3 the following were added: <ul style="list-style-type: none"> ▪ A new heading, entitled "Source of Income." ▪ A new Box H, entitled "Other Income." • In Section 4 under the question "Have there been any changes in the following since you last reported to us?" the following was added: <ul style="list-style-type: none"> ▪ In row D, Child support you pay to someone outside your household; ▪ In row E, Medical expenses paid by household member who is disabled or who is 60 years old or older; ▪ In row F, Other changes.

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*

Failure by the participant to return the completed **M-327h**, will result in the closing of his/her case.

The following sections have also been added

- A new Signature Field for a two-parent household
- A section warning the participants of their responsibility to return the completed questionnaire and the consequences of failing to do so
- A section entitled List of changes you must report for Food Stamps at this time
- A section on Medical Assistance
- A section entitled Authorization for Reimbursement of Cash Assistance Benefits from SSI Retroactive Payment
- A paragraph about LIFELINE
- A paragraph about Able Bodied Adult Without Dependents (ABAWD)
- The NYS Agency-Based Voter Registration form has been added.

Participants who are required to be recertified annually, will be sent the **M-327hh** in the fourth month of a 12-month certification period, informing them that the **M-327h** questionnaire will be sent within thirty days after the mailing of the **M-327hh**. The **M-327h** is being sent to participants to determine their continued eligibility for Cash Assistance (CA), Food Stamps (FS), and Medical Assistance (MA).

Note: Participants are required to complete and return the **M-327h** within the 20 days from the date of mailing, or action will be taken by the Agency to close his/her CA and FS cases for failure to comply. A detailed procedure of this process will be published separately.

Example: A household on 12-month certification

If a household's 12-month period begins January 1st and ends December 31st, the **M-327hh** will be sent in the month of April (the fourth month). The notice will inform the participant that within 30 days he/she will receive form **M-327h** in the mail. It is his/her responsibility to complete form **M-327h** and return it with the necessary documentation.

The **M-327h** will be sent in May (the fifth month) with a return date of May 20th. If the household fails to return the **M-327h** by May 20th action will be taken to close the case.

Job Center Directors must ensure that all previous versions of form **M-327h** are removed from circulation and recycled.


Samples of the revised and new forms are attached.

Effective Immediately

Reference:

[18 NYCRR 387.17](#)

Attachments:

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

- M-327h** Mail-In Recertification/Eligibility Questionnaire (Rev. 2/5/09)
- M-327h (S)** Mail-In Recertification/Eligibility Questionnaire (Spanish) (Rev. 2/5/09)
- M-327hh** Important Notice Regarding Your Eligibility for Cash Assistance and Food Stamps
- M-327hh (S)** Important Notice Regarding Your Eligibility for Cash Assistance and Food Stamps (Spanish)

MELISSA

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Caseload: _____

Mail-in Recertification/Eligibility Questionnaire

To determine your continued eligibility for Temporary Assistance (TA) and Food Stamps (FS), you must answer every question, sign, date, and return this form to the address by: _____ (Return Date)

- For TA this form is considered a mail-in recertification form. For FS it is an Eligibility Questionnaire.
- You must enclose copies of letters or documents that verify the changes you report.
- Failure to return the form or returning it without the required verification may result in the closing of your case or reduction of benefits.

1. Do you still need:

Cash Assistance? Yes No Food Stamps? Yes No Medical Assistance? Yes No

If No, your benefit will be stopped.

2. Did anyone **move into** or **out of** your household since the last time you reported the number of persons in your household (including births)?

Yes No

- If Yes, provide the information requested below.
- If they want to apply for assistance an application must be filled.
- If you are reporting a newborn enclose a copy of a birth certificate for verification.

SAMPLE

Social Security Number	Name	Relationship to You	Moved In	Moved Out	Date

3. Other than Cash Assistance, did you, or anyone in your household, have a change in income? Has anyone begun receiving any new or increased income or lost income from any of the following sources since the last time you reported your income?

If you check Yes, indicate the amount you receive and whether this amount is new, more, or less. If this amount has changed, enclose photocopies to verify your last four weeks of income, or other proof of how much you receive.

Source of Income		Amount	New	More	Less
A. Contributions	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____			
B. Employment Please indicate the number of hours working per week _____.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____			
C. Unemployment Insurance Benefits (UIB)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____			
D. Supplemental Security Income (SSI)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____			
E. Social Security Income other than SSI	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____			
F. Child Support (including court-ordered payments)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____			
G. Veteran's or other military benefits	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____			
H. Other Income	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____			

Case Number: _____

4. Have there been any changes in the following since you last reported to us?

A. Rent costs: Yes No

If Yes, Increase Decrease New amount \$ _____ (Enclose proof of change)

B. Is someone pregnant or disabled? Yes No

If Yes, provide name (enclose medical proof): _____

C. Resources (e.g., motor vehicle, bank account, etc.): Yes No

If Yes, explain (enclose photocopy of bank statement, car title, etc.): _____

D. Child support you pay to someone outside your household: Yes No

If Yes, Increase Decrease New amount \$ _____ (Enclose proof of court order)

E. Medical expenses paid by household member who is disabled or who is 60 years old or older: Yes No

If Yes, explain change: _____

F. Other changes: Yes No

If Yes, explain: _____

I swear (or) affirm that the information on this form is true and correct.

Name (please print): _____

Signature: _____ Date: _____

Signature of Husband/Wife or Authorized Representative: _____ Date: _____

SAMPLE

WARNING: Federal and State law provides for penalties of fine, imprisonment or both if you do not tell the truth or if you conceal or fail to disclose facts regarding your continuing eligibility for assistance. Regulations require that you immediately notify this Agency of any changes in needs, income, resources, living arrangements or address.

Food Stamps

In order to determine if you can still get food stamps, you must complete this eligibility questionnaire and return it by the date on the front. If you do not complete and return the eligibility questionnaire by the due date, your food stamp benefits will be reduced or stopped. We will send you another notice if this happens. This decision is based on Regulation 18 NYCRR 387.17.

List of changes you must report for Food Stamps at this time:

- Changes in any **source of income** for anyone in your household.
- Changes in your household's total **earned income** when it goes up or down by more than \$100 a month.
- Changes in your household's total **unearned income from a public source** such as Social Security Benefits or Unemployment Insurance benefits when it goes up or down by more than \$50 a month.
- Changes in your household's total **unearned income from a private source** such as child support payments or private disability insurance when it goes up or down by more than \$100 a month.
- Changes in the amount of court-ordered **child support you pay** to a child outside of your Food Stamp household.
- Changes in **who lives with you**.
- **If you move**, your new address and your new rent or mortgage costs, heat costs, and utility costs.
- **A new or different car**, or other vehicle.
- Increases in your household's **cash, stocks, bonds, money in the bank** or savings institution if the total cash and savings of all household members now amounts to more than \$2,000 for a household without an elderly or permanently disabled household member or \$3,000 for a household with an elderly or permanently disabled household member.
- If anyone in your food stamp household is an Able Bodied Adult Without Dependents (ABAWD), you must tell us if their work hours go below 80 hours a month within 10 days after the end of that month.

MEDICAL ASSISTANCE — You must immediately report any changes in your address, income, resources or household size to this agency. You will be notified if your Medical Assistance coverage changes.

Authorization for Reimbursement of Cash Assistance Benefits from SSI Retroactive Payment

I authorize the Commissioner of the Social Security Administration (SSA) to send to the local social services district the amount due to me at the time of my first payment of (1) retroactive Supplemental Security Income (SSI) benefits that I may receive upon an application for SSI, or (2) retroactive SSI benefits I may receive if my SSI benefits are terminated or suspended and are later reinstated.

I understand that the local social services district may take from my retroactive SSI payment the amount of cash assistance (except assistance paid wholly or partly with federal funds) that it paid to me during the period that begins (1) with the first day I became eligible for payment of SSI, or (2) the first day to which SSI benefits were reinstated after a period of suspension or termination and ends with the month that SSI payments actually began (or the following month if the local social services district cannot stop delivery of my last cash assistance payment during the month that SSI payments resume).

After taking this money from my SSI check(s), the local social services district will pay me the balance; if there is any, no later than 10 working days from the date it receives my SSI payment. I also understand that if the district takes more money than I believe was paid to me as cash assistance; I will be given an opportunity for a hearing.

I understand that:

- the SSA may treat the date that I submit this signed authorization to the local social services district as the date I first become eligible for SSI if I submit an application for initial SSI benefits within the next 60 days.
- this authorization will apply to any SSI application or appeal which is presently pending before the SSA with respect to me and to any SSI application I make or appeal I request with respect to the period ending one year after I sign this agreement. It will not have any effect on cases that have been completely decided or if the SSA has already made an initial payment of SSI either on my application or after a period of suspension or termination or if the State and I have mutually agreed to terminate the authorization.

This authorization will terminate one (1) year after it is received by the local social services district and will not have any effect upon new SSI applications made after that date.

LIFELINE — For applicants/participants of TA and/or ES Benefits. The Office of Temporary and Disability Assistance may or may not release your name and address to your telephone service provider. Your telephone service provider may or may not use this information to enroll you in their Lifeline Service for a discounted telephone rate.

If you do not want this information released, check this box .

You may contact your telephone service provider directly for enrollment in the discounted rate Lifeline Service. Medicaid-only applicants/participants must contact their telephone service provider directly for enrollment in the discounted rate Lifeline Service.

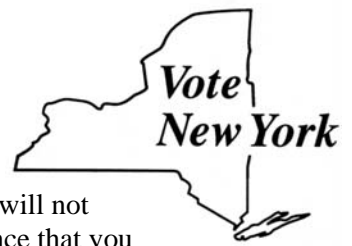
Able Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) — If anyone in your food stamp household is an ABAWD, you must report when the individual's, who is an ABAWD, monthly participation in employment or other work activities falls below 80 hours.

NOTE: The last part of this form is an application to register to vote. If you would like help filling out the voter registration application form, ask your Worker. Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be given by this agency. Return this form to the Agency whether it has been completed or not.

NYS Agency-Based Voter Registration Form

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑOL

本表格有中文文本



VOTER REGISTRATION FORM

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

YES (If you check yes, please complete VOTER REGISTRATION APPLICATION at bottom of page)

- NO because I choose not to register OR
- I am already registered at my current address OR
- I asked for and received a mail registration form.

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

_____/____/____ (Signature) (Date)

(Please Print Name)

IMPORTANT!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

*New York State Board of Elections, 40 Steuben Street,
Albany, New York 12207-2109
Telephone: 1-800-469-687; TTY 1-800-533-8623;
or visit our web site - www.elections.state.ny.us*

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old by December 31 of the year in which you file this form (note: You must be 18 years old by the date of the general, primary, or other election in which you want to vote);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in jail or on parole for a felony conviction; and
- not claim the right to vote elsewhere.

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

NVRA-05 (10/06)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** Yes, I would like to be an Election Day worker

1	Are you a U. S. citizen? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If you answered NO, do not complete this form.	2	Will you be 18 years old on or before election day? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If you answered NO, do not complete this form unless you will be 18 by the end of the year.	For Board use only!	
3	Last Name	First Name	Middle Initial	Suffix	
4	Address where you live (do not give P.O. address)		Apt. No.	City/Town/Village	Zip Code
5	Address where you get your mail (if different from above)		P.O. Box, star route, etc.	Post Office	Zip Code
6	Date of Birth	7	Sex (circle) M F	8	Home Tel. Number (optional)
10	The last year you voted	Your Address was (give house number, street, and city)			9
	In county/state	Under the Name (if different from your name now)			
11	Choose a party -- Check one box only <input type="checkbox"/> REPUBLICAN PARTY <input type="checkbox"/> DEMOCRATIC PARTY <input type="checkbox"/> INDEPENDENCE PARTY <input type="checkbox"/> CONSERVATIVE PARTY <input type="checkbox"/> WORKING FAMILIES PARTY <input type="checkbox"/> OTHER (write in) _____ <input type="checkbox"/> I DO NOT WISH TO ENROLL IN A PARTY		<i>Please note:</i> In order to vote in a primary election , you must be enrolled in one of these parties. *See reverse		12
					AFFIDAVIT: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none"> • I am a citizen of the United States • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true. I understand that if it is not true I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years.
					→ _____ (Signature or Mark in Ink) (Date)

SAMPLE

IDENTIFICATION REQUIREMENTS

Your identity must be verified prior to election day, so that you will not have to provide identification when you vote. Your identity can be verified through your DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, as requested in Box 9 of this application.

If your identity is not verified before election day, you will be asked to provide identification when you vote for the first time. Samples of the identification you may provide include a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, government check or some other government document that shows your name and address.

TO COMPLETE THIS FORM:

Box 1: Must be completed. If you answer NO, do not complete this form.

Box 2: Must be completed, however if you check NO, do not complete this form UNLESS you are a New York resident who will be 18 by the end of this year.

Box 4: Give your home address.

Box 5: Give your mailing address if it is different from your home address (post office box no., star route or rural route no., etc.).

Box 8: The completion of this box is optional.

Box 9: Must be completed. If you have a current New York driver's license, you must provide that number. If you do not have a current New York driver's license, you must provide the last four digits of your social security number.

Box 10: If you have never voted before, write "None". If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

Box 11: In order to vote in a party primary, you must be enrolled in one of New York's 5 constituted parties. Check one box only. (*Except the Independence Party, which permits non-enrolled voters to vote in their primary elections.)

MELISSA

Fecha: _____
 Número del Caso: _____
 Nombre del Caso: _____
 Centro: _____
 Unidad de Caso: _____

Cuestionario de Recertificación/Elegibilidad Por Correo

Para determinar su elegibilidad Continua para Asistencia Temporal (Temporary Assistance – TA) y Cupones para Alimentos (Food Stamps – FS), debe contestar todas las preguntas, **firmar**, fechar y devolver este formulario a la dirección para el día _____
 (Fecha de Regreso)

- En relación con el Programa de Asistencia Temporal, este formulario se considera un formulario de recertificación por correo. En relación con el programa de Cupones para Alimentos, se considera un cuestionario de Elegibilidad.
- Debe adjuntar copias de cartas o documentos que verifiquen los cambios que usted reporte.
- Si usted no devuelve el formulario, o lo devuelve sin los comprobantes estipulados, es posible que cerremos su caso o reduzcamos la cantidad de beneficios que recibe.

1. Aún necesita:

¿Asistencia Temporal? Sí No ¿Cupones para Alimentos:? Sí No

¿Asistencia Medica? Sí No

Si su respuesta es No, sus beneficios se terminarán

2. ¿Se han **agregado** o **retirado** miembros del grupo familiar desde la última vez que usted reportó el número de integrantes del grupo familiar (incluyendo los recién nacidos)? Sí No

- Si contestó que sí, suministre los siguientes datos.
- Si desean solicitar asistencia, deben llenar una solicitud.
- Si esta reportando a un recién nacido, favor de adjuntar como comprobante una copia de la partida de nacimiento.

Número de Seguro Social	Nombre	Parentesco con Usted	Se Incorporó	Se Retiró	Fecha

3. Aparte de lo que recibe en Asistencia en Efectivo, ¿alguien en su hogar incluyéndolo (a) usted ha experimentado una modificación de ingreso? ¿desde la última vez que usted reportó su ingreso, alguien en su hogar ha comenzado a recibir ingresos de una nueva fuente, o ha recibido un aumento de ingresos o ha perdido ingresos de una de las siguientes fuentes?

Si usted marcó Sí, indique la cantidad que recibe y si esta nueva cantidad representa una pérdida, un aumento, o una nueva fuente de ingresos. Si esa cantidad ha cambiado, favor de adjuntar copias para verificar las últimas cuatro semanas de ingreso , u otro comprobante de cuánto usted recibe.

Fuente de Ingreso		Cantidad	Nueva	Aumento	Reducción
A. Contribuciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____			
B. Empleo: Favor de indicar el número de horas que trabaja por semana _____.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____			
C. Beneficios de Seguro de Desempleo (UIB)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____			
D. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____			
E. Ingreso de Seguro Social que no sea de SSI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____			
F. Sustento de menores (incluyendo pagos ordenados por el juez)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____			
G. Beneficios de veteranos u otros beneficios a militares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____			
H. Otro tipo de ingresos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____			

Número de Caso: _____

4. ¿Se han dado cambios en las siguientes situaciones desde la última vez que usted nos reportó?

A. Costo de alquiler: Sí No

Si respondió Sí, Aumento Reducción Nueva cantidad \$ _____
(Adjunte comprobante del cambio.)

B. Hay una persona embarazada o incapacitada: Sí No

Si respondió Sí, Proporcione el nombre (adjunte comprobante médico): _____

C. Recursos (por ejemplo: auto, cuenta bancaria, etc.) Sí No

Si respondió Sí, favor de una explicación (Adjunte copia de comprobante de cuenta bancaria, auto, título del auto etc.) _____

D. Pagos de manutención para niños que usted le hace a alguien que no es parte de su hogar: Sí No

Si respondió Sí, Aumento Reducción Nueva cantidad \$ _____
(Adjunte comprobante de orden judicial)

E. Gastos médicos pagados por un miembro del hogar que es incapacitado o tiene 60 años de edad o más: Sí No

Si respondió Sí, favor de dar una explicación por el cambio: _____

F. Otros cambios: Sí No

Si respondió Sí, favor de dar una explicación: _____

Yo juro (o) afirmo que los datos que he proporcionado en este formulario son verdaderos y exactos

Nombre (Letra de Molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del Esposo(a) o Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

ADVERTENCIA: Las leyes federales y estatales disponen sanciones en la forma de multas, encarcelamiento o ambos, si usted no dice la verdad o si usted retiene o no revela datos pertinentes respecto a si usted continúa reuniendo los requisitos para recibir asistencia. La reglamentación exige que usted notifique inmediatamente a esta agencia sobre todo cambio en sus necesidades, ingresos, recursos, situación de vivienda o domicilio.

CUPONES PARA ALIMENTOS

Para que podamos determinar si usted puede continuar recibiendo Cupones para Alimentos, debe llenar este cuestionario de elegibilidad y regresarlo para la fecha que aparece en la primera página. Si no llena y regresa el cuestionario para la fecha indicada, sus beneficios de cupones se reducirán o se suspenderán. En tal caso, le enviaremos otro aviso. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.17.

Lista de cambios, relativos al programa de cupones, que debe reportar en este momento:

- Cambios en **fuentes de ingresos** de algún miembro del hogar.
- Cambios en el total de **ingresos trabajados** del hogar cuando este total aumenta o disminuye por más de \$100 al mes.
- Cambios en el total de **ingresos no trabajados del hogar provenientes de fondos públicos**, tales como beneficios de Seguro Social o beneficios del Seguro de Desempleo (UIB), cuando este total aumenta o disminuye por más de \$50 al mes.
- Cambios en el total de **ingresos no trabajados del hogar, provenientes de fondos privados**, tales como pagos de Sustento de Menores o pagos del seguro privado por incapacidad, cuando este total aumenta o disminuye por más de \$100 al mes.
- Cambios en los **pagos por orden judicial para Manutención de Niños** a favor de un niño que no sea miembro del grupo familiar que recibe cupones.
- Cambios en **quienes viven con usted**.
- **Si se muda**, su nuevo domicilio, o los nuevos montos de alquiler o hipoteca; gastos de calefacción y servicios públicos. .
- **Un automóvil nuevo o diferente**, u otro vehículo
- Aumento en lo que el hogar tiene en **dinero en efectivo, acciones, bonos, dinero en el banco** o en una institución de ahorros cuando el total del dinero en efectivo y ahorros de todos los miembros del hogar sobrepasa los \$2,000 y, en el hogar no hay una persona de edad mayor o con una incapacidad permanente; o \$3,000 cuando en el hogar hay una persona de edad mayor o con una incapacidad permanente.
- Si algún integrante de su hogar beneficiario de Cupones para Alimentos es un Adulto Apto para Trabajar sin Dependientes ("ABAWD"), usted DEBE informarnos si esa persona trabajó menos de 80 horas al mes dentro de los diez días de finalizado dicho mes.

ASISTENCIA MÉDICA – Usted debe notificar inmediatamente a esta agencia de todo cambio de domicilio, ingresos, recursos o tamaño de su grupo familiar. Se le notificará si habrá cambios en la cobertura de Asistencia Médica.

Autorización de reembolso de Beneficios de Asistencia de Dinero en Efectivo de los pagos retroactivos de SSI

Yo autorizo al comisionado de la Administración del Seguro Social (SSA) para que envíe al distrito local de servicios sociales la cantidad que se me adeuda al momento de mi primer pago de (1) pago retroactivo de Seguridad de Ingreso Suplementario que pueda recibir al presentar una solicitud de SSI, o (2) beneficios retroactivos que pueda recibir si mis beneficios de SSI cesan o se suspenden y más tarde se restituyen.

Yo comprendo que el distrito local de servicios sociales podría descontar de mi pago de SSI la cantidad de asistencia de en efectivo (excepto la asistencia pagada total o parcialmente con fondos federales) que se me pagó durante el período que comienza con el primer día que tuve derecho a los beneficios de SSI, o el primer día en que los beneficios fueron restituidos después de un periodo de suspensión o cancelación y terminando con el mes en el que los pagos del SSI comenzaron (o el mes siguiente si el distrito local de servicios sociales no puede detener el envío de mi último pago de asistencia de dinero en efectivo durante el mes en que los pagos del SSI comenzaron).

Después de deducir este dinero de mi(s) cheque(s) de SSI, el distrito local de servicios sociales me pagará el balance, si existiera alguno, a más tardar dentro de los 10 días laborales a partir de la fecha en que reciba mi pago de SSI. También, estoy al tanto de que si el distrito deduce más dinero del que yo creo me fue pagado por Asistencia en efectivo, se me dará la oportunidad de refutarlo por medio de una audiencia. Comprendo que:

- la Administración del Seguro Social puede considerar la fecha en que presento esta autorización firmada ante la oficina local de servicios sociales, como la fecha inicial en la que comienzo a satisfacer los requisitos para recibir beneficios del SSI, si someto una solicitud de beneficios de SSI dentro de los próximos 60 días.
- esta autorización tendrá efecto con relación a toda solicitud de SSI o apelación que actualmente esté pendiente ante la oficina de la Administración de Seguro Social tocante a mi persona y a toda solicitud de SSI que yo presente, o apelación que reclame con respecto al período que concluye transcurrido un año de la fecha de mi firma en este acuerdo. Lo anterior no afectará los casos sobre los cuales ya se tomó una resolución definitiva, o si la Administración de Seguro Social ya hizo un pago inicial de SSI, ya sea en base a mi solicitud o después de un período de suspensión o cancelación, o cuando el Estado y yo, de mutuo acuerdo, decidamos cancelar la autorización.

Esta autorización caducará un año (1) después de que el distrito local de servicios sociales la reciba y no tendrá ningún efecto en las futuras solicitudes de SSI que se hagan después de esa fecha.

LIFELINE – Para solicitantes/beneficiarios de Asistencia Temporal y/o Cupones para Alimentos es posible que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (NYS Office of Temporary and Disability Assistance) revele su nombre y domicilio a la compañía telefónica. El suministrador de servicios telefónicos puede usar esos datos con objeto de brindarle la tarifa de descuento conocida como Lifeline.

Si no desea que se revele este tipo de información, marque esta casilla .

Puede comunicarse directamente con la compañía de servicios telefónicos y solicitar el servicio de descuento de Lifeline. Sólo los solicitantes/beneficiarios de Medicaid deben comunicarse directamente con la compañía de servicios telefónicos y solicitar inscripción en el servicio económico de Lifeline.

Adultos Aptos para Trabajar sin Dependientes (ABAWD) – si un miembro del grupo familiar que recibe cupones es un Adulto Aptos para Trabajar sin Dependientes debe informarnos cuando las horas laborales mensuales de esta persona sean menos de 80.

NOTA: La última página de esta solicitud es una solicitud de registro de votante. Si necesita ayuda para llenar la solicitud de registro de votante, pídala a la persona a cargo de su caso que le ayude. La inscripción o no para votar no afecta de ninguna manera la decisión de esta agencia en cuanto a la cantidad de concesiones que se le otorgue. Regrese este formulario a la Agencia, aunque no lo haya rellenado completamente.

Inscripción en el Registro Electoral / Emitido por una agencia del Estado de Nueva York

This form is available in English
本表格有中文文本

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ELECTORAL



IMPORTANTE

El hecho de inscribirse o no en el Registro Electoral no afectará el monto de beneficios de asistencia que esta agencia le suministrará.

Si necesita ayuda para rellenar este formulario, solicítela; de lo contrario, puede rellenarlo en privado sin que nadie le asista.

Si cree que alguien, de alguna manera, ha interferido con su derecho a inscribirse o a rehusar inscribirse en el registro electoral; o con su derecho a mantener privacidad al respecto; o a seleccionar un partido político en particular u otra expresión política de su preferencia, puede presentar un reclamo en la siguiente dirección:

*New York State Board of Elections, 40 Steuben Street
Albany, New York 12207-2109
Teléfono: 1-800-469-687; TTY 1-800-533-8623; o
visite la página de internet: www.elections.state.ny.us*

La decisión de inscribirse o no se mantendrá confidencialmente, así como también la información suministrada y la oficina donde sometió su solicitud; sólo se utilizarán con fines de registro electoral.

Si todavía no está inscrito en el registro electoral de su localidad, ¿le gustaría hacerlo en este momento?

Sí (Si contesta «Sí», rellene la INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ELECTORAL al pie de esta página)

- NO deseo inscribirme
- Ya estoy inscrito en mi lugar de residencia actual
- Ya solicité y recibí la inscripción por correo.

Si usted no marca una de las casillas anteriores, se interpretará que ha decidido no inscribirse para votar en esta ocasión.

(Firma)

(Fecha)

(Escriba su nombre en letra de imprenta)

Requisitos de inscripción

Usted puede utilizar este formulario para:

- inscribirse para votar en el Estado de Nueva York;
- cambiar su nombre y/o domicilio, si se produjo alguna modificación desde la última vez que usted votó;
- inscribirse en un partido político o modificar su inscripción.

Si desea inscribirse, usted debe:

- ser ciudadano estadounidense;
- tener 18 años de edad para el 31 de diciembre del año en el que usted rellena este formulario (nota: tiene que haber cumplido los 18 años para la fecha de las elecciones primarias, generales, u otras elecciones en las que usted desee votar);
- haber residido en el condado o en la ciudad de Nueva York, por lo menos 30 días antes de la elección;
- no estar en prisión o en libertad condicional por haber cometido un delito grave; y
- no tener derecho a votar en otro lugar.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ELECTORAL (instrucciones al reverso)

NVRA -06 (9/06)

Sí, necesito una solicitud de voto por correo

Rellene en letra de imprenta con tinta azul o negra

Sí, me gustaría trabajar en una mesa electoral el día de elecciones

1	¿Es usted ciudadano estadounidense? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si respondió NO, no rellene este formulario		2	¿Tendrá 18 años de edad o más, el día las elecciones o antes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde NO, no rellene este formulario a menos que vaya a cumplir 18 años a fin de año.		Uso exclusivo del consejo electoral
	Apellido			Nombre Inicial del segundo nombre Sufijo		
3	Domicilio (no incluya dirección de apartado postal)		Apto. №.	Ciudad / Pueblo / Aldea		Código postal Condado
4	Dirección donde recibe correspondencia (si difiere de la anterior)		Apartado postal, <i>star route</i> , etc.		Oficina postal	Código postal
5	Fecha de nacimiento	7	Sexo (encierre uno) M F	8	Número de teléfono (opcional)	9 Nº de identificación. Marque una casilla y escriba el número. <input type="checkbox"/> Número de licencia de conducir _____ Si no tiene licencia de conducir de Nueva York, suministre: <input type="checkbox"/> Los cuatro últimos dígitos de su Seguro Social _____ <input type="checkbox"/> No tengo número de licencia de conducir de Nueva York, ni tampoco número de Seguro Social
6	Último año en que usted votó	Domicilio anterior (escriba el número, calle y ciudad)				
10	Condado / Estado		Nombre que usó (si es diferente al actual)			
11	Elija un partido. Marque sólo un recuadro		Nota: para votar en las elecciones primarias, tiene que estar inscrito en uno de estos partidos. *Vea al reverso		12 DECLARACIÓN JURADA. Juro o afirmo que: • Soy ciudadano de Estados Unidos • Habré residido en el condado, ciudad o pueblo durante, al menos, 30 días con anterioridad a las elecciones. • Reúno los requisitos del Registro Electoral para votar en el Estado de Nueva York. • Mi firma o huella digital figura en la línea a continuación. • La información suministrada es verdadera. Entiendo que de no serlo, se me puede condenar y multar hasta \$5,000 y/o encarcelar por hasta cuatro años.	
	<input type="checkbox"/> PARTIDO REPUBLICANO <input type="checkbox"/> PARTIDO DEMÓCRATA <input type="checkbox"/> PARTIDO INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PARTIDO CONSERVADOR <input type="checkbox"/> PARTIDO FAMILIAS TRABAJADORAS <input type="checkbox"/> OTRO (especifique) _____ <input type="checkbox"/> NO DESEO INSCRIBIRME EN UN PARTIDO					
						(Firma o huella digital)
						(Fecha)

CÓMO RELLENAR ESTE FORMULARIO

Recuadro 1: debe rellenarse. Si respondió NO, no rellene este formulario.

Recuadro 2: debe rellenarse; pero, si marcó la casilla que dice no, no lo rellene A MENOS QUE usted sea un residente del Estado de Nueva York y cumpla 18 años de edad a finales de este año.

Recuadro 4: Escriba su domicilio.

Recuadro 5: Escriba su dirección postal, si difiere de su domicilio (número de apartado postal, *star route*, número de ruta rural etc.).

Recuadro 8: Es opcional rellenar este recuadro.

Recuadro 9: debe rellenarse. Si usted posee una licencia de conducir de Nueva York vigente, debe proporcionar dicho número. De lo contrario, debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social.

Recuadro 10: si usted nunca antes ha votado, escriba «None» (ninguno). Si no recuerda cuándo votó por última vez, coloque un signo de interrogación (?). Si usted votó anteriormente utilizando otro nombre, escriba dicho nombre. Si no, escriba «Same» (el mismo).

Recuadro 11: para poder votar en las elecciones primarias de un partido, usted debe estar inscripto en uno de los 5 partidos constituidos de Nueva York. Marque sólo un recuadro. (*A excepción del Partido Independiente que permite que los votantes no afiliados voten en elecciones primarias).

Recuadro 12: Firme y feche con bolígrafo.

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____

Important Notice Regarding Your Eligibility for Cash Assistance and Food Stamps

The Human Resources Administration (HRA) will send you an eligibility questionnaire in the mail in the coming months because you have a 12-month certification period. The law requires HRA to evaluate your eligibility for cash assistance and food stamps every six months. HRA will send you this questionnaire so that you do not have to come into the Center for your 6-month recertification. When you receive the questionnaire you must complete it, provide the necessary documentation, and return it in the self-addressed envelope provided with the questionnaire.

Failure to return the questionnaire and the necessary documentation may adversely affect your Cash Assistance and/or Food Stamp case.

SAMPLE

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Aviso Importante Respecto a Su Elegibilidad de Asistencia en Efectivo y Cupones para Alimentos

La Administración de Recursos Humanos (HRA) le enviara por correo un cuestionario de elegibilidad en los próximos meses porque usted tiene un periodo de certificación de 12 meses. La ley estipula que la HRA evalúe su elegibilidad de asistencia en efectivo y cupones para alimentos cada seis meses. La HRA le enviara este cuestionario para que no tenga que presentarse al Centro para su recertificación de 6 meses. Cuando reciba el cuestionario debe llenarlo, proporcionar la documentación necesaria, y devolverlo en el sobre adjunto al cuestionario con dirección del remitente. El no devolver el cuestionario y la documentación necesaria puede afectar adversamente sus beneficios de asistencia en efectivo y/o cupones para alimentos.

El no devolver como debido este cuestionario y la documentación necesaria puede afectar adversamente su caso de asistencia en efectivo y/o cupones para alimentos.