



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 #09-41-OPE

OBSOLETE INFORMATIONAL NOTICE OF NONPAYEE CONCILIATION APPOINTMENT (W-532VV) FORM

Date: April 13, 2009	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p> Please use Print on Demand to obtain copies of forms.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all Job Center staff that the Informational Notice of Nonpayee Conciliation Appointment (W-532VV) is now obsolete.</p> <p>Form W-532VV was created to inform participant caseheads that a nonpayee in their household has failed to report for an appointment or comply with requirements regarding their participation in work activities. The casehead is notified of the nonpayee's noncompliance via the Client Notices System (CNS) notice, therefore the W-532VV is not necessary.</p> <p>Job Center Directors must ensure that all copies of form W-532VV, including multilingual equivalents, are removed from circulation and recycled.</p> <p>Samples of the obsolete form are attached.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p>Attachments:</p> <p>W-532VV Informational Notice of Nonpayee Conciliation Appointment (Obsolete)</p> <p>W-532VV (S) Informational Notice of Nonpayee Conciliation Appointment (Spanish) (Obsolete)</p>

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



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Expiration Date: _____

Telephone Number: _____

Conciliation & Conference Section: _____

Action Code: _____

Infra-Date: _____

Informational Notice of Nonpayee Conciliation Appointment

This notice is to inform you that _____ has _____
on _____ . We would like to discuss with _____ the reason(s)
why s/he failed to report and/or failed to comply and any problems s/he may have with work activity requirements.

If we cannot reach an agreement about his/her participation in a work activity, we will determine if s/he without good cause failed to report or cooperate. The following appointment has been scheduled for him/her to come in for an interview with the Conciliation and Conference Section at the above address.

Appointment Date: _____ Day: _____ Time: _____ AM PM

If s/he cannot keep this appointment, s/he can come in on any day prior to the above expiration date.

If s/he comes in, s/he will have an opportunity to explain to a Conciliation Worker why s/he did not report or cooperate. The Conciliation Worker acts as a mediator and will try to resolve any problems. It is _____ 's responsibility to give the reason(s) why s/he did not report or cooperate and to provide any evidence that will help to document what occurred. The Conciliation Worker will review the explanation along with any other relevant documentation, and make a final determination. _____ will be notified in writing of the result of the conference.

If _____ does not report, we will look at the evidence we have and decide and if his/her failure to report or cooperate with work activity requirements was without good cause. If we determine that _____ without good cause failed or refused to comply with work activity requirements, you will receive a Notice of Intent advising you that _____ is not eligible for assistance for a specific period of time and that your public assistance benefits will be reduced.

The Notice of Intent will give you an opportunity for _____ to request an Agency conference before your benefits are reduced.

A Conference provides you with the opportunity to resolve the issue of noncompliance. After you receive this notice, you are entitled to request a Fair Hearing if you do not agree with our decision.

Failure to keep this appointment or failure to participate as required may result in the reduction or termination of your public assistance and/or Food Stamp benefits. There are no work requirements for Medicaid.



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Fecha de Vencimiento: _____
Número de Teléfono: _____
Sección de Conciliación y Conferencia: _____
Código de Acción: _____
Fecha de Infra: _____

Aviso Informativo de la Cita de Conciliación del No Beneficiario

Por este aviso se le informa que el _____, _____ no _____,
Fecha Nombre del No Beneficiario
por lo cual nos gustaría tratar con esa persona la(s) razón(es) por la cuál(es) no se presentó o no cumplió, y platicar sobre cualquier problema que él o ella pueda tener con los requisitos de actividad de trabajo.

Si no es posible llegar a un acuerdo sobre la participación de la persona en una actividad de trabajo, determinaremos si él o ella tuvo motivo justificado para no presentarse o cooperar. La siguiente cita ha sido programada para que el/ella se presente para una entrevista con la Sección de Conferencias y Conciliación en la dirección indicada más arriba.

Fecha de la Cita: _____ Día: _____ Hora: _____ AM PM

Si él o ella no puede acudir a esta cita, él o ella puede presentarse cualquier día antes de la fecha de vencimiento de arriba.

Si él o ella acude a la cita, tendrá la oportunidad de explicar a un Trabajador de Conciliación la razón por la cual él o ella no se presentó o no cooperó. El Trabajador de Conciliación servirá de mediador y procurará solucionar cualquier problema. Es la responsabilidad de _____ proveer la(s) razón(es) por la(s) cuál(es) él o ella no se presentó o no cooperó, y presentar cualquier evidencia que ayude a documentar lo sucedido. El Trabajador de Conciliación revisará la explicación conjuntamente con cualquier otra documentación pertinente, y tomará una determinación final. Se le notificará por escrito a _____ sobre los resultados de la conferencia.

Nombre del No Beneficiario

Si _____ no se presenta, revisaremos la evidencia que tenemos y decidiremos si él/ella tuvo motivo justificado al no presentarse o no cooperar con los requisitos de actividad de trabajo. Si determinamos que _____ no tuvo motivo justificado para el incumplimiento o para rehusarse a cumplir con los requisitos de actividades de trabajo, usted recibirá un Aviso de Intención en el que será informado que _____ no es elegible para recibir asistencia por un período de tiempo determinado y que sus beneficios de asistencia pública serán reducidos.

Nombre del No Beneficiario

El Aviso de Intención le dará la oportunidad a usted de que _____ solicite una conferencia de la Agencia antes que sus beneficios sean reducidos.

Nombre del No Beneficiario

Una Conferencia le provee a usted la oportunidad de solucionar asuntos de incumplimiento. Luego de recibir este aviso, usted tiene el derecho de solicitar una Audiencia Imparcial si no está de acuerdo con nuestra decisión.

El no acudir a esta cita o no participar como debido puede resultar en la reducción o terminación de sus beneficios de asistencia pública y/o Cupones de Alimentos. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.