



# 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 #09-49-OPE

### REVISION TO REQUEST FOR EMERGENCY ASSISTANCE OR ADDITIONAL ALLOWANCE (FOR PARTICIPANTS ONLY) (W-137A) FORM

<b>Date:</b> April 30, 2009	<b>Subtopic(s):</b> Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center staff that the Request for Emergency Assistance or Additional Allowance (For Participants Only) (<b>W-137A</b>) form has been revised to reinstate Section IV: Add Person To Case. This section, which was inadvertently removed from the previous version of form <b>W-137A</b>, is used by Cash Assistance (CA) participants to request that a person be added to their CA case.</p> <p>Section II: Additional Allowances has also been revised to update the address for the Burial Claims Unit, which is now located at:</p> <p style="text-align: center;">25 Chapel Street Room 606 Brooklyn, NY 11201 (718) 473-8310</p> <p>Job Center Directors must ensure that all previous versions of form <b>W-137A</b> and its multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.</p> <p>A sample of the revised form is attached.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p><b>Related Items:</b></p> <p><a href="#">PD #08-43-ELI</a> <a href="#">PD #05-28-SYS</a></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*

**Attachments:**

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

**W-137A**

Request for Emergency Assistance or Additional Allowance (For Participants Only) (Rev. 4/30/09)

**W-137A (S)**

Request for Emergency Assistance or Additional Allowance (For Participants Only) (Spanish) (Rev. 4/30/09)

Date: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Worker Telephone No.: \_\_\_\_\_  
FH&C Telephone No.: \_\_\_\_\_

### Request for Emergency Assistance or Additional Allowance (For Participants Only)

Please fill out this form if you need emergency assistance or an additional allowance.

**Remember:**

- (1) You may be asked for proof of what you tell us. If you have trouble obtaining proof, your Worker must help you.
- (2) You may still need to see your Worker. If you do, you will be given an appointment.

**SECTION I: EMERGENCY ASSISTANCE**

The type of emergency assistance I am requesting is:

SAMPLE

The reason I need emergency assistance is:

**SECTION II: ADDITIONAL ALLOWANCES**

I am requesting the following allowance(s) for special need(s):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Back rent  | <input type="checkbox"/> Additional allowance for fuel   |
| <input type="checkbox"/> Repair of essential household items  | <input type="checkbox"/> Additional allowance to maintain or restore utility service                         |
| <input type="checkbox"/> Back mortgage and/or taxes   | <input type="checkbox"/> Property repairs  |
| <input type="checkbox"/> Pregnancy allowance  | <input type="checkbox"/> Replacement of clothing lost as a result of a disaster such as homelessness or fire |
| <input type="checkbox"/> Restaurant allowance because I cannot prepare meals where I am living  | <input type="checkbox"/> Other:  |
| <input type="checkbox"/> Burial allowance – you or your duly authorized representative must apply for this allowance at the Burial Claims Unit<br>25 Chapel Street, Room 606<br>Brooklyn, NY 11201<br>Telephone: (718) 473-8310 |  |

**Expenses related to moving:**

- Moving expenses
- Security deposit/agreement
- Broker's/finder's fee/voucher
- Furniture and other household items
- Storage of furniture and personal belongings

New Address: \_\_\_\_\_  
(include apt. no.)

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

When did you move? \_\_\_\_\_ New rent: \$ \_\_\_\_\_

Landlord's name: \_\_\_\_\_

Primary tenant's name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
(include apt. no.)

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

**SECTION III: WORK ACTIVITY-RELATED SUPPORTIVE SERVICES**

**I am requesting the following supportive services:**

- Child care allowance within approved limits, if needed
- Clothing for participants in job search activities who have **exceptional** circumstances, such as homelessness or a recent fire and lack of appropriate clothing
- Other work activity-related supportive services: \_\_\_\_\_
- Necessary public transportation
- Activity/engagement-related licensing, uniform or durable goods fee within approved limits, upon submission of documentation certifying the need for such items

**WEP agencies and/or contractors are responsible for providing necessary safety equipment or job-related clothing for their participants.**

Necessary supportive services will be provided when you begin a work activity. If your needs change or if you are not receiving a needed service, you should apply for an additional allowance.

**SECTION IV: ADD PERSON TO CASE**

If you do not have all this information, you can still submit this form to your Worker.

**I want to add the following person(s) to my cash assistance case:**

**New Baby**

Name: \_\_\_\_\_  
First Name M.I. Last Name

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Social Security Number (if known): \_\_\_\_\_

**Adult living with me:**

(This person must complete an application to receive assistance.)

Name: \_\_\_\_\_  
First Name M.I. Last Name

Date Moved In: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Social Security Number (if known): \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

**Child entered home**

Name: \_\_\_\_\_  
First Name M.I. Last Name

Date of Returned: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Social Security Number (if known): \_\_\_\_\_

Participant's Signature \_\_\_\_\_

Date of Request \_\_\_\_\_

Time of Request \_\_\_\_\_  AM  PM

Worker's Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

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

### Petición para Asistencia de Emergencia o Asignación Adicional (Sólo para Participantes)

Favor de completar este formulario si necesita asistencia de emergencia o una asignación adicional.

**Recuerde:**

- (1) Puede que se le pida prueba de los datos que nos proporcione. Si tiene problemas en obtener pruebas, su Trabajador tiene que ayudarlo.
- (2) Puede que aún necesite reunirse con su Trabajador. En tal caso, se le programará una cita.

**SECCIÓN I: ASISTENCIA DE EMERGENCIA**

El tipo de asistencia de emergencia que estoy solicitando es:

SAMPLE

La razón por la cual necesito asistencia de emergencia es la siguiente:

**SECCIÓN II: ASIGNACIONES ADICIONALES**

Estoy solicitando la(s) siguiente(s) asignación(es) para necesidad(es) especial(es):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alquiler atrasado   | <input type="checkbox"/> Asignación adicional para combustible  |
| <input type="checkbox"/> Reparación de artículos del hogar de primera necesidad  | <input type="checkbox"/> Asignación adicional para mantener o restaurar servicios de electricidad y gas |
| <input type="checkbox"/> Hipoteca y/o impuestos atrasados  | <input type="checkbox"/> Reparaciones a la propiedad  |
| <input type="checkbox"/> Asignación para embarazo  | <input type="checkbox"/> Reemplazo de ropa perdida a raíz de desastres tal como desamparo o incendio    |
| <input type="checkbox"/> Asignación para restaurante porque no puedo preparar comidas donde estoy viviendo   | <input type="checkbox"/> Otras asignaciones:  |
| <input type="checkbox"/> Asignación para entierros – usted o su representante debidamente autorizado debe solicitar esta asignación en la Unidad de Reclamos de Entierro<br>25 Chapel Street, Sala 606<br>Brooklyn, NY 11201<br>Teléfono: (718) 473-8310 |   |

**Gastos relacionados con la mudanza:**

- Gastos de mudanza
- Depósito/acuerdo de garantía
- Pago de comisión/comprobante de agente
- Muebles y otros artículos del hogar
- Almacenamiento de muebles y artículos personales

Nueva Dirección: \_\_\_\_\_  
(con núm. de apto.)

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

¿Cuándo se mudó? \_\_\_\_\_ Nuevo alquiler: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del casero: \_\_\_\_\_

Nombre del inquilino principal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(con núm. de apto.)

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

**SECCIÓN III: SERVICIOS DE APOYO RELACIONADOS CON ACTIVIDADES DE TRABAJO**

**Estoy solicitando los siguientes servicios de apoyo:**

- Asignación de cuidado infantil dentro de los límites aprobados, de ser necesario
- Ropa para participantes que realicen actividades relacionadas a la búsqueda de trabajo, que se encuentren en situaciones **fuera de lo común**, tales como desahucio o incendio reciente y no tener la vestimenta adecuada.
- Otros servicios de apoyo relativos a actividades de trabajo:
- Transporte público necesario
- Cuota de autorización, relacionada con actividad/participación, de uniformes o bienes duraderos dentro de los límites aprobados, a la hora de presentar la documentación que compruebe la necesidad de dichos artículos

**Las agencias de WEP y/o los contratistas tienen la responsabilidad de proporcionar a sus participantes la ropa o el equipo de seguridad necesarios para el trabajo.**

Se brindarán los servicios necesarios cuando usted empiece una actividad de trabajo. Si se produce algún cambio en sus necesidades, o si usted no está recibiendo un servicio necesario, debería solicitar una asignación adicional.

**SECCIÓN IV: AÑADA A UNA PERSONA AL CASO**

Si usted no tiene toda esta información, puede presentar este formulario a su Trabajador de todos modos.

**Deseo añadir a la(s) siguientes personas a mi caso de asistencia en efectivo:**

**Recién nacido**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre Inicial Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (si lo sabe): \_\_\_\_\_

**Adulto que vive conmigo**  
(Esta persona tiene que llenar una solicitud para recibir asistencia).

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre Inicial Apellido

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

**Niño ingresó al hogar**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre Inicial Apellido

Fecha de Regreso: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (si lo sabe): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (si lo sabe): \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Petición

\_\_\_\_\_  
Hora de la Petición  AM  PM

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha