



# 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 #04-09-OPE

### CONSOLIDATION OF NYCWAY NOTICES

<b>Date:</b> January 22, 2004	<b>Subtopic(s):</b> Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this bulletin is to inform staff that, in preparation for the implementation of system-generated multilingual forms, selected NYCWAY notices have been consolidated into new forms. Form numbers have been assigned to these new NYCWAY forms. These forms are designed with new standardized formats, such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The Spanish language text is separated from the English language form to facilitate the multilingual translation of forms.</li> <li>• The address area on the upper left-hand side of the forms, the logo, and the data underneath the logo has been removed and the new standardized format for each has been added.</li> <li>• The body of each form provides the telephone number of the appointment destination, a more detailed appointment address listing, and an area to specify the travel directions.</li> <li>• The Social Security number field is not being provided in response to participant confidentiality concerns.</li> </ul> <p><b>New NYCWAY Forms:</b></p> <p><b>Child Care</b>  <b>M-528j</b> Child Care Appointment Notice            This form is associated with Action Codes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>111D</b> (Call-in letter – licensed child care)</li> <li>• <b>111B</b> (Call-in letter – unlicensed child care)</li> <li>• <b>111P</b> (Child care call-in appointment – PRIDE)</li> </ul>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?  
Call 718-557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or  
send an e-mail to *FIA Call Center*

- W-500Q** Summer Child Care Appointment Notice  
This form is associated with Action Codes:
- **109W** (Call-in letter – WEP needs child care)
  - **111G** (Summer child care appointment – ACCIS)
  - **111H** (Summer child care appointment – CCTS)
  - **111I** (Summer child care appointment – ACCIS – PRIDE)
  - **111J** (Summer child care appointment – CCTS – PRIDE)

### Employment

- W-116P** Mandatory Job Search Business Link Appointment  
This form is associated with Action Codes:
- **156B** (Business Link appointment)
  - **156D** (Business Link appointment)

### General

- W-500X** Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household  
This form is associated with Action Codes **105H** (HSS return appointment sanctioned referral)

### Special Needs

- M-75bb** Substance Abuse Initial Appointment  
This form is associated with Action Codes:
- **193P** (Referred to HRA Probation Pilot Project)
  - **214H** (Call-in intake section)
  - **214I** (FA call-in letter appointment – OES Central Office)
  - **214K** (Call-in letter appointment – Riverview)
  - **218B** (Mail returned – new address on WMS, resend form)

- W-116Q** POISED Informational  
This form is associated with Action Code **184P** (7–9 months pregnant)

The consolidation of these notices does not affect the current process or use of the NYCWAY codes associated with the various actions. However, each consolidated form can now be driven by one or more NYCWAY action codes according to subject matter.

*Effective Immediately*

🖨️ Forms can now be accessed through Print on Demand at all Job Centers.

### Attachments:

<b>M-75bb</b>	Substance Abuse Initial Appointment
<b>M-75bb(S)</b>	Substance Abuse Initial Appointment (Spanish)
<b>M-528j</b>	Child Care Appointment Notice
<b>M-528j(S)</b>	Child Care Appointment Notice (Spanish)
<b>W-116P</b>	Mandatory Job Search Business Link Appointment
<b>W-116P(S)</b>	Mandatory Job Search Business Link Appointment (Spanish)
<b>W-116Q</b>	POISED Informational
<b>W-116Q(S)</b>	POISED Informational (Spanish)
<b>W-500Q</b>	Summer Child Care Appointment Notice
<b>W-500Q(S)</b>	Summer Child Care Appointment Notice (Spanish)
<b>W-500X</b>	Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household
<b>W-500X(S)</b>	Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household (Spanish)



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

Case Number: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

Expiration Date: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Job Center: \_\_\_\_\_

Action Code: \_\_\_\_\_

Infra Date: \_\_\_\_\_

### Substance Abuse Initial Appointment

Dear Sir/Madam:

Our records indicate that alcohol or substance abuse dependence is a contributing factor to your need for public assistance. To remain eligible for public assistance, you must be participating in an appropriate treatment program. We have scheduled an appointment on the date listed below to confirm your current status and treatment participation. If you are enrolled in a treatment program, please have the program complete the enclosed form. Bring the completed form to the appointment. If you are not enrolled in a program, we will refer you to one during this interview.

If your situation has changed and you are no longer exempt from work requirements, an assessment will be completed to determine what work activities including the opportunity to participate in approved education and training programs would best assist you to move from welfare to work. If you are a single parent or caretaker relative, you may have an opportunity to participate in a range of work activities including work experience, job search and education or training programs. If you claim to be unemployable, you must bring original and detailed documentation proving your claim to this interview. If necessary, we will schedule you for a mandatory doctor's examination. If you have any questions or cannot keep this appointment, call the number below before the scheduled date and time.

**Appointment Information:**

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Location:

Location Name \_\_\_\_\_

Address Line 1 \_\_\_\_\_

Address Line 2 \_\_\_\_\_

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

Travel Directions:

**This is a mandatory eligibility appointment.**

**Failure to keep this appointment or comply with the requirement to participate in an appropriate treatment program may result in the discontinuance/reduction of your public assistance and Medicaid benefits.**

If you have any questions please call the above telephone number.

Sincerely,

Catherine McAlevey  
Deputy Commissioner



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_  
Fecha Infra: \_\_\_\_\_

### Cita Inicial sobre Abuso de Sustancias

Estimado(a) Señor(a):

Nuestros archivos indican que la dependencia de alcohol o sustancias es un factor contribuyente por el cual usted necesita asistencia pública. Para permanecer elegible para asistencia pública, usted debe estar participando en un programa de tratamiento apropiado. Le hemos programado una cita indicada más abajo para confirmar su condición actual y participación. Si está actualmente inscrito en un programa de tratamiento, por favor haga llenar el formulario adjunto por el programa. Traiga el formulario llenado a la cita. Si no está inscrito en un programa, le enviaremos a uno en esta entrevista.

Si su situación ha cambiado y ya no está exento de los requisitos de trabajo, se llevará a cabo una evaluación para determinar qué actividades de trabajo, incluida la oportunidad de participar en programas educacionales y de capacitación aprobados, le serán más útiles respecto a la transición de bienestar público al trabajo. Si usted es un padre/madre soltero(a) o un pariente que provee cuidado, usted puede tener la oportunidad de participar en una variedad de actividades de trabajo incluido experiencia de trabajo, búsqueda de trabajo y educación o programas de capacitación. Si usted afirma no estar apto para trabajar, debe traer a esta entrevista documentación original y detallada que comprueba su afirmación. De ser necesario le programaremos un examen médico obligatorio. Si tiene cualquier pregunta o no puede acudir a esta cita, llame al número indicado más abajo antes de la fecha y hora fijada.

#### Información de la Cita:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_  
Nombre del Local  
\_\_\_\_\_  
Línea de Dirección 1  
\_\_\_\_\_  
Línea de Dirección 2  
\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Indicaciones de Viaje:

#### Esta cita de elegibilidad es obligatoria.

**El no acudir a esta cita o el no cumplir con las reglas federales y estatales de trabajo puede resultar en la interrupción/reducción de sus beneficios de asistencia pública y de Medicaid.**

Si tiene cualquier pregunta favor de llamar al número indicado más arriba.

Atentamente,

Catherine McAlevey  
Subcomisionada



Date: \_\_\_\_\_  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Hours: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Child Care Appointment Notice

Dear Parent/Guardian:

It is time to start planning for your school year child care needs! Below is the child care provider currently on record as caring for your school age child(ren) (ages five through 12).

**Child(ren)'s Name(s)**

\_\_\_\_\_  
First Name Last Name  
\_\_\_\_\_  
First Name Last Name  
\_\_\_\_\_  
First Name Last Name

**Provider's Name**

\_\_\_\_\_  
First Name Last Name  
\_\_\_\_\_  
First Name Last Name  
\_\_\_\_\_  
First Name Last Name

Is this information correct? Is a provider listed? Are you keeping the same provider for the school year?

If the information above is incorrect, or you need to make a change, then you must visit your Job Center. An appointment has been scheduled for you. This appointment is not mandatory. When you come in for your appointment, bring a new Child Care Provider Application and Voucher Form – Part I (**W-273B**) completed by your provider and the necessary documentation. If you are no longer using the provider, contact your Worker immediately, and ask the provider to write in a termination date on the HRA1 Child Care Attendance and Fee Record.

Child care payments for any preschool children will continue as usual. Please note that in order for HRA to pay for child care, you must either be employed or in a work-related activity such as the Work Experience Program (WEP), Employment and Services Placement (ESP), Skills Assessment and Placement (SAP), or an approved educational training program.

**Appointment Information**

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Location: \_\_\_\_\_  
Location Name  
\_\_\_\_\_  
Address Line 1  
\_\_\_\_\_  
Address Line 2  
\_\_\_\_\_  
City State Zip Code

Travel Directions:

May you and your family enjoy the rest of the summer.

Sincerely,

Kay Hendon  
Executive Director

Enclosure: Child Care Provider Application and Voucher Form – Part I (**W-273B**)



Fecha: \_\_\_\_\_  
Tipo de Caso: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Unidad del Caso: \_\_\_\_\_  
Horas: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cita de Cuidado Infantil

Estimados Padres/Tutor:

¡Ya es hora de comenzar a planificar su cuidado infantil para el año escolar! Nuestros archivos actualmente indican que los siguientes proveedores cuidan a su(s) hijo(s) de edad escolar (de 5 a 12 años de edad).

**Nombre(s) del/los Niño(s)**

**Nombre del Proveedor**

Nombre _____	Apellido _____	Nombre _____	Apellido _____
Nombre _____	Apellido _____	Nombre _____	Apellido _____
Nombre _____	Apellido _____	Nombre _____	Apellido _____

¿Es ésta la información correcta? ¿Está el proveedor en la lista? ¿Se va a quedar con el mismo proveedor durante el año escolar?

Debe visitar el Centro de Empleo, si la información indicada más arriba es incorrecta, o si necesita hacer algún cambio. Se le ha programado una cita que no es obligatoria. Cuando usted se presente a su cita, traiga con usted el formulario nuevo del Solicitud y Formulario de Comprobante para Proveedor de Cuidado para Niños – Parte I (Child Care Provider Application and Voucher Form – Part I [W-273B]) llenado por su proveedor con la documentación necesaria. Si usted ya no recibe servicios del proveedor, comuníquese con su Trabajador de inmediato, y pídale al proveedor que anote la fecha de terminación en el Registro de Asistencia y de Cuotas del Cuidado Infantil HRA1 (Child Care Attendance and Fee Record).

Los pagos de cuidado infantil para niños de edad preescolar continuarán como de costumbre. Favor de tener presente que para que la HRA le pague por el cuidado infantil debe estar empleado o en una actividad relacionada al trabajo tal como el programa de Experiencia en el Trabajo (Work Experience Program [WEP]), Colocación de Servicios y Empleo (Employment and Services Placement [ESP]), Evaluación de Habilidades y Colocación (Skills Assessment and Placement [SAP]), o un programa de capacitación educativo aprobado.

**Información sobre la Cita:**

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Nombre del Local

Línea de Dirección 1

Línea de Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

Indicaciones de Viaje:

Le deseamos a usted y a su familia un placentero resto de verano.

Atentamente,

Kay Hendon  
Directora Ejecutiva

Adjunto: Solicitud y Formulario de Comprobante para Proveedor de Cuidado para Niños – Parte I (W-273B[S]).



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
CIN: \_\_\_\_\_  
Job Center: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Mandatory Job Search Business Link Appointment

Dear Sir/Madam:

State law requires that you be engaged in an active and continuing search for employment. As part of this obligation you have been selected to participate in a mandatory Business Link appointment. This appointment is for a prescreening for a variety of jobs; qualified candidates will be scheduled for an interview with an employer. Please bring your EBT or Medicaid card for identification purposes. You should also bring a copy of your resume and/or references, if you have them, and dress for an interview.

You will be excused from your assigned work activities to attend this appointment. Give your supervisor a copy of this notice.

Your Business Link appointment is indicated below.

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Location: \_\_\_\_\_  
Location Name  
\_\_\_\_\_  
Address Line 1  
\_\_\_\_\_  
Address Line 2  
\_\_\_\_\_  
City State Zip Code

Travel Directions:

**This is a mandatory engagement appointment. If you are unable to keep this appointment, please contact Business Link at (212) 643-2881, ext. 200.**

**Failure to keep this appointment or failure to participate as required may result in the reduction of your current public assistance and Food Stamp benefits. Please bring this letter to your appointment.**

**PLEASE NOTE: Failure to comply with public assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.**

Sincerely,

Catherine McAlevy  
Deputy Commissioner





Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Tipo de Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
CIN: \_\_\_\_\_  
Centro de Empleo: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

## Cita obligatoria de Enlace Comercial (Business Link) para Búsqueda de Trabajo

Estimado(a) Señor(a):

Las leyes estatales requieren que usted esté buscando trabajo activa y continuamente. Como parte de tal obligación se le ha seleccionado para que participe en una cita obligatoria de enlace comercial (Business Link). El propósito de dicha cita es para primero evaluarle con respecto a diversos trabajos: a los candidatos calificados se les programará una cita con un empleador. Favor de traer su EBT o tarjeta de Medicaid para uso de identificación, al igual que una copia de su hoja de vida y/o referencias, de tenerlas. Además vistase de modo apropiado para la entrevista.

Usted será exento de participar en las actividades de trabajo asignadas para que pueda asistir a esta cita. Entréguele una copia de este aviso a su supervisor.

Los detalles de su cita de enlace comercial (Business Link) aparecen a continuación:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Nombre del Local

Línea de Dirección 1

Línea de Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

Indicaciones de Viaje:

**Esta es de participación obligatoria. Si no puede acudir a dicha cita, favor comunicarse con el Enlace Comercial (Business Link) al (212) 643-2881 ext. 200.**

**El no presentarse a esta cita o no participar como sea requerido puede resultar en una reducción de sus beneficios actuales de asistencia pública y Cupones para Alimentos. Favor de traer esta carta a su cita.**

**Nótese por favor: El no cumplir con los requisitos de trabajo de asistencia pública no afecta a su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.**

Atentamente,

Catherine McAlevey  
Subcomisionada



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Expiration Date: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Hours: \_\_\_\_\_  
Job Center: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### POISED Informational

Perfect Opportunity for Individual Skills and Educational Development (POISED) is a program for women who are pregnant or have a child under three years of age. POISED was created by the Human Resources Administration (HRA) and the City University of New York (CUNY) to address the special needs of pregnant women and mothers of young children.

POISED helps participants become self-supporting by offering:

- workshops in parenting
- reading, writing, math, and English tutoring
- classes in baby and child care
- welfare-to-work assignments
- individual and group counseling
- career planning
- classes in computer skills
- job placement

If you are **less than eight (8) months pregnant or your youngest child is more than three (3) months old**, you must participate in an approved welfare-to-work program. Participation in POISED will satisfy your FIA work requirement.

If you are over eight (8) months pregnant or your youngest child is less than three (3) months old, you may also be eligible for POISED-at-Home, a volunteer program that will help you learn how to take the best care of your new baby and to plan for your family's future.

If you are pregnant and need to stay home for medical reasons, you may also qualify for POISED-at-Home.

To find out more about POISED please call one of the following:

City College (Manhattan)	(212) 650-5860
Medgar Evers College (Brooklyn)	(718) 270-6466
Bronx Community College (Bronx)	(718) 741-9777

If you are accepted to POISED, child care, if needed, and carfare will be provided.

As you prepare for the birth of your baby or care for your young child, you are encouraged to take advantage of this opportunity.

Sincerely,

Catherine McAlevey  
Deputy Commissioner



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

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Tipo de Caso: \_\_\_\_\_

Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

Unidad del Caso: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

Código de Acción: \_\_\_\_\_

## Informativo sobre POISED

Excelente Oportunidad para Desarrollo Educativo y de Habilidades de Personas (POISED) es un programa para mujeres que tengan niños menores de tres años de edad o que estén embarazadas. POISED fue creado por la Administración de Recursos Humanos (HRA) y la Universidad de la Ciudad de Nueva York (CUNY) para atender las necesidades especiales de las mujeres embarazadas y madres de niños pequeños.

POISED ayuda a los participantes a lograr la autosuficiencia a través de:

- talleres sobre la crianza
- tutoría de lectura, escritura, matemáticas, e inglés
- clases de cuidado de bebés y de niños
- actividades del bienestar público al trabajo (welfare-to-work)
- consejería en grupo e individual
- planificación de profesión
- clases de informática
- colocación de trabajo

Si tiene **menos de ocho (8) meses de embarazo o si su niño(a) más pequeño tiene más de tres (3) meses de edad**, usted debe participar en un programa aprobado del traslado del bienestar público al trabajo (welfare-to-work). Al participar en POISED usted cumple con el requisito de trabajo de FIA.

Si tiene más de ocho (8) meses de embarazo o su niño más pequeño tiene menos de tres (3) meses de edad, puede que sea elegible para el programa voluntario POISED en el Hogar que le enseñará a darle el mejor cuidado a su recién nacido y a planificar el futuro de su familia.

Si está embarazada y necesita quedarse en su hogar por razones de salud, puede que también sea elegible para el programa POISED en el Hogar.

Para saber más sobre POISED comuníquese con:

City College (Manhattan)	(212) 650-5860
Medgar Evers College (Brooklyn)	(718) 270-6466
Bronx Community College (Bronx)	(718) 741-9777

Si ha sido aceptado a POISED, se le proveerá el transporte y el cuidado infantil si lo necesitara.

Se le recomienda aprovechar esta oportunidad que le ayudará a prepararse para el nacimiento de su bebé o el cuidado de su niño pequeño.

Atentamente,

Catherine McAlevey  
Subcomisionada



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

Case Name: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

CIN: \_\_\_\_\_

Job Center: \_\_\_\_\_

Action Code: \_\_\_\_\_

## Summer Child Care Appointment Notice

Dear Parent or Guardian:

It is time to plan and prepare for the summer. Even though your children are not in school during the summer, you are still required to attend your assigned activity. Therefore, you may need to make a change in child care arrangements for your school-age children (ages five [5] through twelve [12]) or need help finding child care for the summer.

An appointment has been set up for you to come in. It is NOT A MANDATORY APPOINTMENT. If you are currently receiving part-time child care payments for your school-age child(ren), the provider will be paid for full-time days by filling in the "full-time day" column on the Child Attendance and Fee Record (**HRA1**). Child care payments for your preschool children will continue as usual.

Keep your scheduled appointment if you:

- want to enroll your child(ren) in a summer camp program;
- need help finding a summer camp or other summer arrangements for your child(ren);
- are using a different child care provider for the summer.

Do not come to your appointment if:

- you are not changing child care providers;
- your child(ren) will attend a "Summer in the City" camp program.

In order for HRA to pay for child care, you must either be employed or be participating in a work-related activity such as the Work Experience Program (WEP), Employment and Services Placement (ESP), Skills Assessment Program (SAP), or an approved education training program.

### Appointment Information

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Location: \_\_\_\_\_

Location Name

Address Line 1

Address Line 2

City

State

Zip Code

Travel Directions:

If you keep this appointment, you must bring a Child Care Provider Application and Voucher Form – Part I (**W-273B**) completed by your provider and the necessary documentation.

Enclosure: Child Care Provider Application and Voucher Form – Part I (**W-273B**)



Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
CIN: \_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

## Aviso de Cuidado Infantil de Verano

Estimado Padre/Madre o Tutor:

Ha llegado la hora de prepararse y planificar para el verano. A pesar de que sus hijos no asistan a la escuela durante el verano, usted no deja de tener la obligación de participar en su actividad designada. Por lo tanto, puede ser que tenga que hacer cambios en los arreglos de cuidado infantil de sus hijos de edad escolar (de cinco [5] a doce [12] años de edad), o que necesite ayuda para conseguir cuidado durante el verano.

Se le ha programado una cita que **NO ES OBLIGATORIA**. En el caso de que actualmente reciba pagos de cuidado infantil a tiempo parcial para sus hijos de edad escolar, al proveedor se le pagará por días a tiempo completo llenando la columna "día a tiempo completo" del HRA1 Child Attendance and Fee Record (Asistencia de los Niños y Registros de Cargos-[HRA1]). Los pagos de cuidado infantil para sus hijos de edad preescolar continuarán como de costumbre.

Acuda a la cita programada si usted:

- desea inscribir a sus hijos en un programa de campamento de verano;
- necesita ayuda para localizar un campamento de verano u otro arreglo para sus hijos durante el verano;
- recibe cuidado infantil durante el verano por parte de un proveedor distinto.

No se presente a la cita si:

- no tiene la intención de cambiar de proveedor de cuidado infantil;
- sus hijos acudirán a un programa de campamento "Summer in the City" ("Verano en la Ciudad").

A fin de que la HRA pueda pagar por el cuidado infantil, usted tiene que estar empleado o participar en una actividad relacionada al trabajo, como el Programa de Experiencia Laboral (WEP), Colocación y Servicios Laborales (ESP), Programa de Evaluación de Aptitudes (SAP), o en un programa aprobado de capacitación.

### Detalles de la Cita

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Nombre del Local

Línea de Dirección 1

Línea de Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

Indicaciones de Viaje:

Si se presenta a la cita, debe traer la documentación necesaria, al igual que una Solicitud y Formulario de Comprobante para Proveedor de Cuidado para Niños – Parte I (**W-273B**) llenado por su proveedor.

Adjunto: Solicitud y Formulario de Comprobante para Proveedor de Cuidado para Niños – Parte I (**W-273B**)



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

Case Number: \_\_\_\_\_

Case Type: \_\_\_\_\_

Caseload: \_\_\_\_\_

Hours: \_\_\_\_\_

Number of Months on Assistance: \_\_\_\_\_

Job Center: \_\_\_\_\_

Action Code: \_\_\_\_\_

### Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household

Our records indicate that your time limits for Cash Assistance will be expiring this year. Your current Public Assistance cash benefits have been reduced because you failed to comply with at least one of the requirements. We have scheduled an appointment for you to review how you have been managing on your reduced budget and discuss how you plan to manage your household expenses once your time-limited Cash Assistance expires.

#### Appointment Information

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Location:

Location Name \_\_\_\_\_

Address Line 1 \_\_\_\_\_

Address Line 2 \_\_\_\_\_

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

Travel Directions:

If you have any questions or cannot keep this appointment, call the number above before the scheduled date and time.

If you are working, you must bring proof of your income when you come in. This documentation can be in the form of recent pay stubs or a letter from your employer. Other forms of proof can be accepted if these are not readily available.

If you pay for child care so you can work, have the enclosed Child Care Provider Application and Voucher Form completed by whoever cares for your children. This information will be used to determine your correct budget and your eligibility for assistance.

**This is a mandatory eligibility appointment. Failure to keep this appointment may result in loss of cash benefits.**

Sincerely,

Catherine McAlevey  
Deputy Commissioner

Enclosure: Child Care Provider Application and Voucher Form – Part I (W-273B)



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

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Tipo de Caso: \_\_\_\_\_

Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

Número de Horas en Asistencia: \_\_\_\_\_

Centro de Empleo: \_\_\_\_\_

Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cita para Familia Sancionada con Fin de Repasar Elegibilidad de Acuerdo a Límites de Tiempo

Nuestros archivos indican que su plazo para asistencia de dinero en efectivo se vencerá este año. Sus Beneficios de Asistencia Pública en efectivo han sido reducidos debido a que no cumplió por lo menos con uno de los requisitos. Le hemos programado una cita para repasar como le esta ayudando su nuevo presupuesto reducido y platicar sobre como piensa manejar sus gastos de hogar cuando se haya vencido el plazo de su asistencia de dinero en efectivo.

#### Datos Sobre la Cita

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Nombre del Local

Línea de Dirección 1

Línea de Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

Indicaciones de Viaje:

Si tiene cualquier pregunta o no puede acudir a esta cita, llame al número indicado más arriba antes de la fecha y hora programadas.

Si usted trabaja, debe traer pruebas de ingresos cuando venga a la cita. Esta documentación puede presentarse en forma de talones de pagos recientes o una carta de su empleador. Otras tipo de pruebas pueden ser aceptadas si las ya mencionadas no estan fácilmente disponibles.

Si paga por cuidado infantil para poder trabajar, adjunte el Formulario de Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante llenado por el proveedor que cuida sus niños. Estos datos serán utilizados para determinar su presupuesto correcto y su elegibilidad para asistencia.

**Esta es una cita obligatoria de elegibilidad. El no acudir a la cita puede resultar en la pérdida de sus beneficios de dinero en efectivo.**

Atentamente,

Catherine McAlevey  
Subcomisionada

Adjunto: Formulario de Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante – Parte I (W-273B (S))