



# 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 #04-107-OPE

### OBSOLETION OF NOTICE OF INTENT TO CHANGE/CONTINUE BENEFITS: PUBLIC ASSISTANCE, FOOD STAMPS AND MEDICAL COVERAGE SERVICES (M-3S)

<b>Date:</b> June 25, 2004	<b>Subtopic(s):</b> Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>Refer to PB #04-55-OPE</p> <p> Forms can now be accessed through Print on Demand at all Job Centers.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff that the Notice of Intent to Change/Continue Benefits: Public Assistance, Food Stamps and Medical Coverage Services (<b>M-3s</b>) is obsolete. It has been replaced by Notice of Intent to Change Benefits: PART A Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Service (NYC) (Timely and Adequate) (<b>LDSS-4015A NYC</b>) and Notice of Intent to Change Benefits: PART B Medical Assistance Coverage and Services (NYC) (Timely and Adequate) (<b>LDSS-4015B NYC</b>).</p> <p>All versions of <b>M-3s</b> must be recycled.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p><b>Attachments:</b></p> <p><b>M-3s</b> Notice of Intent to Change/Continue Benefits: Public Assistance, Food Stamps and Medical Coverage and Services (Obsolete)</p> <p><b>M-3s (A)</b> Notice of Intent to Change/Continue Benefits: Public Assistance, Food Stamps and Medical Coverage and Services (Arabic) (Obsolete)</p> <p><b>M-3s (C)</b> Notice of Intent to Change/Continue Benefits: Public Assistance, Food Stamps and Medical Coverage and Services (Chinese) (Obsolete)</p> <p><b>M-3s (D)</b> Notice of Intent to Change/Continue Benefits: Public Assistance, Food Stamps and Medical Coverage and Services (Haitian Creole) (Obsolete)</p>

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*

- M-3s (F)** Notice of Intent to Change/Continue Benefits: Public Assistance, Food Stamps and Medical Coverage and Services (French) (Obsolete)
- M-3s (K)** Notice of Intent to Change/Continue Benefits: Public Assistance, Food Stamps and Medical Coverage and Services (Korean) (Obsolete)
- M-3s (R)** Notice of Intent to Change/Continue Benefits: Public Assistance, Food Stamps and Medical Coverage and Services (Russian) (Obsolete)
- M-3s (S)** Notice of Intent to Change/Continue Benefits: Public Assistance, Food Stamps and Medical Coverage and Services (Spanish) (Obsolete)
- M-3s (V)** Notice of Intent to Change/Continue Benefits: Public Assistance, Food Stamps and Medical Coverage and Services (Vietnamese) (Obsolete)
- M-3s (Y)** Notice of Intent to Change/Continue Benefits: Public Assistance, Food Stamps and Medical Coverage and Services (Yiddish) (Obsolete)



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

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

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

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

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

Telephone number to request a conference: \_\_\_\_\_

FH&C

For questions or help, call your Worker at the telephone number below.

**Notice of Intent to Change/Continue Benefits:  
Public Assistance, Food Stamps and Medical Coverage and Services**

This NOTICE is to tell you that this agency intends to CHANGE YOUR BENEFIT(S). The changes are explained below next to the boxes that have been checked.

If this box is checked, the actions below are taken at Recertification.

**Public Assistance**

REDUCE your public assistance grant from \$ \_\_\_\_\_ to \$ \_\_\_\_\_ effective \_\_\_\_\_.

The reason for this action is that on \_\_\_\_\_ (date), \_\_\_\_\_ (name)

**Obsolete**

If you do not contact the agency before the effective date of this notice it will be considered a willful violation and your benefits will be reduced. If you do contact this agency, your assistance will continue unchanged until you have had the chance to explain the circumstances of your non-compliance. It is your responsibility to give reasons why we should not take this action. We will then review your explanation, along with any other relevant information and make a final determination. You will be notified in writing of the results of the review. If we determine that you did not willfully and without good cause fail or refuse to comply with the program requirements, this notice will be nullified and no action will be taken to reduce your benefits. If we determine that you did willfully and without good cause, fail or refuse to comply with employment related requirements, you will receive another notice and can request a fair hearing at that time to review the proposed reduction.

The Law(s) and/or Regulation(s) which allows us to do this is 18NYCRR 385.14.

**Food Stamps**

REDUCE your food stamp benefit from \$ \_\_\_\_\_ to \$ \_\_\_\_\_ effective \_\_\_\_\_.

DISCONTINUE your food stamp benefit effective \_\_\_\_\_.

INCREASE your food stamp benefit from \$ \_\_\_\_\_ to \$ \_\_\_\_\_ effective \_\_\_\_\_.

CONTINUE your food stamp benefit unchanged at \$ \_\_\_\_\_.

The reason for this action is \_\_\_\_\_

The Law(s) and/or Regulation(s) which allows us to do this is/are: \_\_\_\_\_

**Medical Assistance**

CONTINUE medical assistance coverage for all members of your household except for \_\_\_\_\_ (name)

Medical assistance coverage will continue, entitling the eligible individual(s) to full services.

CONTINUE medical assistance coverage for all members of your household pending a review of eligibility. We will send you our decision within thirty days (30) days.

The Law(s) and/or Regulation(s) which allows us to do this is/are: \_\_\_\_\_

**Services:** Social Services Participants - A loss of public assistance and medical assistance benefits will require redetermination of your eligibility for social services within 30 days of such a decision. This does not necessarily mean that these services will be terminated. It means that your continuing eligibility for these services will have to be redetermined. Please contact your service worker for further information.

Worker/Date

Telephone Number

Supervisor/Date

Regulations require that you immediately notify this department of any changes in needs, income, resources, living arrangements or address.

**You have the right to appeal this decision. Be sure to read the reverse of this notice on how to appeal this decision.**

**Attention:** If you are accepted for public assistance, food stamps, or medical assistance, you may be eligible for a discount on your telephone service. For information on LIFELINE, call Verizon toll free telephone number at 1(800) 799-6874.

### Conference and Fair Hearing Information

**RIGHT TO A CONFERENCE:** If you think our decision was wrong or if you do not understand our decision, or need additional information about the reason for our decision, please call the Fair Hearing and Conference (FH&C) Unit at the number found on the front of this notice. You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the telephone number on the front of this notice or by sending a written request to us at the address listed on the front of this notice. This telephone number is used only when requesting a conference. This is not the way you request a Fair Hearing. A request for a conference does not allow you to keep your benefits the same. In order to keep your benefits the same, you must ask for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing. Even if you ask for a conference, you still have only 60 days from the date of this notice to request a Fair Hearing for public assistance, medical assistance and social service issues and 90 days for food stamps. Read below for Fair Hearing information.

**KEEPING YOUR BENEFITS THE SAME:** Your benefits will continue unchanged until a Fair Hearing decision is issued if you request a Fair Hearing before the effective date of this notice. However, in no event will your food stamp benefits be continued beyond the last date of your food stamp certification period.

I do not want my benefits continued unchanged until the hearing decision is issued.

**STATE FAIR HEARING**

**Deadline for Request:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within 60 days from the date of the notice for public assistance, medical assistance and social service issues and 90 days for food stamp issues.

**Right to a Fair Hearing:** If you believe the action(s) we are taking is (are) wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, by fax or in-person.

(1) **TELEPHONE:** (212) 417-6550. (Please have this notice with you when you call.)

- OR -

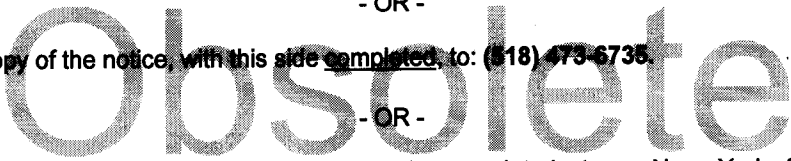
(2) **WRITE:** Send a copy of the notice, with this side completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. Please keep a copy for yourself.

- OR -

(3) **FAX:** Fax a copy of the notice, with this side completed, to: (518) 473-6735.

- OR -

(4) **WALK-IN:** Bring a copy of the notice, with this side completed, to a New York State Office of Temporary and Disability Assistance office listed below:  
**14 Boerum Place, Brooklyn**  
**330 West 34th Street, Manhattan, 3rd floor**



I want a Fair Hearing. The Agency's action is wrong because: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature of Participant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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

Address: \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_  
Borough Zip Code

If you request a Fair Hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the Fair Hearing, you or your representative have the opportunity to present written and oral evidence, establish facts and circumstances, and to question or refute the evidence presented by the local agency. Your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have the right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents (such as this notice, pay stubs, receipts, medical bills, verification, letters, etc.) that may be helpful in presenting your case.

**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 your 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 file. If you call or write to 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 or write to us, we will send you free copies of other 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, or 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. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.



Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Carga de Casos: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono para solicitar una conferencia: \_\_\_\_\_

FH&C

Para preguntas o ayuda, llame a su Trabajador(a) al número de teléfono que aparece más abajo.

**Aviso de Intento Para Cambiar/Continuar Beneficios:  
Asistencia Pública, Cupones Para Alimentos, y Servicios de Cobertura Médica**

Este AVISO es para informarle que esta agencia tiene la intención de CAMBIAR SU(S) BENEFICIO(S). Los cambios se explican más abajo junto a las casillas marcadas.

Si marca esta casilla, las acciones indicadas abajo serán tomadas durante la Recertificación.

**Asistencia Pública**

SE REDUCE su concesión de asistencia pública de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_, a partir de \_\_\_\_\_.

La razón de esta acción es que en \_\_\_\_\_ (fecha), \_\_\_\_\_ (nombre)

Si usted no se comunica con la agencia antes de la fecha de vigencia de este aviso, su incumplimiento se considerará una violación intencional y sus beneficios serán reducidos. Si usted se pone en contacto con esta agencia sus beneficios continuarán hasta que tenga la oportunidad de explicar las circunstancias de su incumplimiento. Usted tiene la responsabilidad de exponer las razones por las cuales no se debería tomar esta acción. Nosotros revisaremos su explicación junto con otras evidencias y tomaremos una decisión definitiva. Se le avisará por escrito de los resultados de la revisión. Si encontramos que usted no rehusó cumplir intencionalmente, o que no cumplió por alguna causa válida con los requisitos del programa, este aviso será anulado y no se tomará ninguna acción al respecto. Pero si al contrario, determinamos que usted sí rehusó cumplir intencionalmente, o que no tuvo causa válida en no cumplir con los requisitos de trabajo, usted recibirá otro aviso y podrá pedir una Audiencia Imparcial para repasar la reducción propuesta.

La(s) Disposición(es) Legal(es) y Reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal manera es 18NYCRR 385.14.

**Cupones para Alimentos**

SE REDUCE su beneficios mensual de cupones para alimentos de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_\_.

SE DISCONTINÚA su beneficio de cupones para alimentos a partir de \_\_\_\_\_.

SE AUMENTA su beneficio de cupones para alimentos de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_\_.

SE CONTINÚA su beneficio de cupones para alimentos sin ningún cambio por el valor de \$ \_\_\_\_\_.

La razón de esta acción es \_\_\_\_\_.

La(s) Disposición(es) Legales y/o Reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal manera es/son: \_\_\_\_\_.

**Asistencia Médica**

SE CONTINÚA la cobertura de asistencia médica todos los miembros de su hogar excepto para \_\_\_\_\_ (nombre). La cobertura de asistencia médica continuará, otorgándole a todos los individuos elegibles a servicio completo.

SE CONTINÚA la cobertura de asistencia médica para todos los miembros de su hogar, pendiente a una revisión de elegibilidad. Nosotros le enviaremos nuestra decisión dentro de treinta (30) días.

La(s) Disposición Legal(es) y/o Reglamentaria(s) que nos permiten obra de tal manera es/son: \_\_\_\_\_.

**Servicios:** Participantes de Servicios Sociales. Una pérdida de beneficios de Asistencia Pública o Asistencia Médica requerirá una nueva determinación de su elegibilidad para servicios sociales dentro de 30 días de dicha decisión. Esto no significa necesariamente que estos servicios terminen definitivamente. Quiere decir que su elegibilidad continua para estos servicios tendrá que determinarse de nuevo. Favor de ponerse en contacto con su trabajador(a) de servicio para recibir más información.

Trabajador(a)/Fecha

Número de Teléfono

Supervisor(a)/Fecha

Las reglas vigentes exigen que usted notifique inmediatamente a este departamento sobre cualquier cambio en sus necesidades, ingresos, recursos, regimen de vida o dirección.

Usted tiene derecho de apelar esta decisión. Cerciórese de leer el reverso de este aviso acerca de cómo apelar esta decisión. Atención: Si usted está recibiendo Asistencia Pública, Cupones para Alimentos o Asistencia Médica, usted puede tener derecho a un descuento en su tarifa telefónica. Para informarse sobre LIFELINE, llame a Verizon al siguiente número de teléfono gratis: 1 (800) 799-6874.

## Información sobre Conferencia y Audiencia Imparcial

**DERECHO A UNA CONFERENCIA:** Si usted cree que nuestra decisión fue errónea, o si no entiende nuestra decisión, o necesita información adicional acerca de la razón de nuestra decisión, favor de llamar a la Unidad de Audiencia Imparcial y Conferencia (Fair Hearing and Conference Unit - FH&C), al número de teléfono que aparece al frente de este aviso. Usted puede tener una conferencia para revisar estas acciones. Si usted desea una conferencia, debe solicitar una lo antes posible. Si durante la conferencia nosotros descubrimos que tomamos una decisión errónea o si, debido a la información que usted provea, determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le proporcionaremos un nuevo aviso. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número de teléfono que aparece al frente de este aviso o enviándonos una petición por escrito a la dirección listada al frente de este aviso. Este número de teléfono es utilizado únicamente para solicitar una conferencia. Esta no es la manera para usted solicitar una Audiencia Imparcial. Si usted solicita una conferencia, usted aún tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Aun si usted solicita una conferencia, usted tiene solo 60 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una Audiencia Imparcial para asuntos de asistencia pública, asistencia médica y servicios sociales, y 90 días para asuntos de cupones para alimentos. Lea a continuación para información sobre Audiencia Imparcial.

**MANTENIMIENTO DE SUS BENEFICIOS SIN CAMBIOS:** Sus beneficios continuarán sin cambios hasta que se emita una decisión de la Audiencia Imparcial, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de vigencia de este aviso. Sin embargo, en ningún caso se continuarán sus beneficios de cupones para alimentos más allá de la última fecha de su período de certificación de cupones para alimentos.

No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la audiencia sea emitida.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

**Fecha Límite de Petición:** Si usted desea que el estado revise nuestra decisión, usted tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de 60 días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública, asistencia médica y servicios sociales, y 90 días para asuntos de cupones para alimentos.

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

(1) **TELÉFONO:** (212) 417-6550. (Favor de tener este aviso con usted cuando llame.)

-O-

(2) **ESCRIBA:** Envíe una copia de este aviso con este lado completado, a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Favor de guardar una copia para usted.

-O-

(3) **FAX:** Envíe una copia de este aviso, con este lado completado, al número de FAX: (518) 473-6735.

-O-

(4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de este aviso, con este lado completado, a una de las oficinas de Asistencia Temporal y de Incapacidad del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) listadas abajo:

**14 Boerum Place, Brooklyn**  
**330 West 34th Street, Manhattan, 3er Piso**

Deseo una Audiencia Imparcial. La acción de la agencia es errónea porque: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Letras de Molde: \_\_\_\_\_ Número de Caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Si usted solicita una Audiencia Imparcial, el estado le enviará un aviso informándole la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado, un familiar, un amigo u otra persona, o de representarse a sí mismo(a). Durante la Audiencia Imparcial, usted o su representante tienen la oportunidad de presentar evidencias escritas u orales, de establecer hechos y circunstancias y de cuestionar o refutar la evidencia presentada por la agencia local. Su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral para demostrar la razón por la cual la acción no debe ser llevada a cabo, así como también una oportunidad de interrogar a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted debe traer a la audiencia cualesquier documentos (tales como este aviso, talonarios de paga, recibos, facturas médicas, verificación, cartas, etc.) que le puedan ser útiles para presentar su caso.

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

**ACCESO A SU EXPEDIENTE Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le enviaremos copias gratis de los documentos de sus expedientes, las cuales entregaremos al oficial de audiencia en la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama o nos escribe, le enviaremos copias gratis de otros documentos específicos de su expediente que usted crea que pueda utilizar para prepararse para su Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para saber cómo revisar su expediente, llame al (718) 722-5012, o envíe un FAX al (718) 722-5018, o escriba a la siguiente dirección: HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. Si usted desea copias de documentos del expediente de su caso, usted debe solicitarlas con anticipación. Normalmente, las copias le serán enviadas dentro de tres días laborables desde la fecha que usted las solicitó. Si usted hace su solicitud en menos de cinco días laborables antes de su audiencia, los documentos del expediente de su caso le pueden ser entregados en su audiencia.

Return Address (stamp or write in box)



التاريخ:

اسم القضية:

رقم القضية:

عنا القضية:

المركز:

رقم الهاتف لطلب عقد اجتماع والتوصل إلى السجلات:

FH&C (وحدة جلسة الإنصاف و المصالحة)

للسؤال أو طلب المساعدة، اتصل بالعامل(أو العاملة) المسؤول عنك على رقم الهاتف أدناه.

**إخطار بنية تغيير المخصصات أو مواصلة دفعها:**  
**المساعدة العامة، و الكوبونات الغذائية ("فود ستامبس")، وتغطية المساعدة الطبية والخدمات (Arabic)**

يفيدك هذا الإخطار بأن هذه الوكالة تنوي على تغيير مخصصك (أو مخصصاتك). تشرح التغييرات أدناه بجانب المربعات المعلمة .

إذا تم وضع علامة في هذا المربع، فإن الإجراءات المبينة أدناه تم إتخاذها عند إعادة تثبيت اللياقة.

**المساعدة العامة**

تخفيض منحة المساعدة العامة الخاصة بك من \$ \_\_\_\_\_ إلى \$ \_\_\_\_\_، ابتداءً من \_\_\_\_\_  
سبب هذا التدبير هو أنه بتاريخ \_\_\_\_\_،  
(التاريخ) (الاسم)

إذا لم تتصل بالوكالة قبل تاريخ سريان مفعول هذا الإخطار، فسيعتبر هذا كخسارة صادرة بملء إرادتك. إذا قمت بالاتصال بهذه الوكالة، سيواصل صرف مساعدتك بدون أي تغيير إلى ذلك الوقت الذي يتاح لك الفرصة لشرح ظروفك التي أدت لعدم امتلاكك المسؤولية تقع على عاتقك لتقديم الأسباب الوافية لما لا ينبغي علينا اتخاذ مثل هذا الإجراء. بعدها سنعيد النظر في الموضوع على ضوء ما تقدمه إلينا من شرح وأية معلومات أخرى متعلقة بالأمر وسنتخذ قرارنا النهائي. سنواصل حصول نتائج إعادة النظر. سيُلغى هذا الإخطار ولن نتخذ أي إجراء لتخفيض مخصصاتك وذلك إذا وجدنا عدم امتلاكك لمتطلبات البرنامج. فضلاً عن ذلك، يمكن إجراء تغييرات في مخصصاتك دون إرادتك وبسبب وجيه. أما إذا قررنا بأن عدم امتلاكك لمتطلبات متعلقة بالتوظيف أو رفضك لها، فسيتم إبلاغك بذلك فوراً وبسبب وجيه. سنستأنس بإجراء آخر أو نكرر لك أن نلتزمنا عقد جلسة إنصاف حينذاك للنظر في التخفيض المقترح.

القانون (أو القوانين) و / أو النظام (أو الأنظمة) الذي يسمح (التي تسمح) لنا عمل هذا هو (هي): 18NYCRR 385.14.

**الكوبونات الغذائية ("فود ستامبس"):**

تخفيض مخصصات الكوبونات الغذائية ("فود ستامبس") الخاصة بك من \$ \_\_\_\_\_ إلى \$ \_\_\_\_\_ ابتداءً من \_\_\_\_\_  
 قطع مخصصات الكوبونات الغذائية ("فود ستامبس") الخاصة بك ابتداءً من \_\_\_\_\_  
 زيادة مخصصات الكوبونات الغذائية ("فود ستامبس") الخاصة بك من \$ \_\_\_\_\_ إلى \$ \_\_\_\_\_ ابتداءً من \_\_\_\_\_  
 مواصلة مخصصات الكوبونات الغذائية ("فود ستامبس") الخاصة بك بدون أي تغيير بقيمة \$ \_\_\_\_\_  
سبب هذا الإجراء هو: \_\_\_\_\_

القانون (أو القوانين) و / أو النظام (أو الأنظمة) الذي يسمح (التي تسمح) لنا عمل هذا هو (هي): \_\_\_\_\_

**المساعدة الطبية:**

مواصلة تغطية المساعدة الطبية لجميع أفراد أهل دارك باستثناء \_\_\_\_\_  
ستواصل المساعدة الطبية، ويخول الفرد (الأفراد) المؤهل الحصول على كامل الخدمات. (الاسم)  
 مواصلة تغطية المساعدة الطبية لجميع أفراد أهل دارك في انتظار إعادة النظر في اللياقة. سنرسل لك قرارنا في ظرف ثلاثين (30) يوماً.  
القانون (أو القوانين) و / أو النظام (أو الأنظمة) الذي يسمح (التي تسمح) لنا عمل هذا هو (هي): \_\_\_\_\_

الخدمات: المشتركون في الخدمات الاجتماعية - سيتطلب الأمر عند حصول نقص في قدر منحة المساعدة العامة ومخصصات المساعدة الطبية إلى إعادة تحديد لياقتك للخدمات الاجتماعية في ظرف 30 يوماً من مثل هذا القرار. وهذا لا يعني حتماً بقطع هذه الخدمات؛ ولكن معناه أنه يجب إعادة تحديد لياقتك للحصول على مثل هذه الخدمات. يرجى الاتصال بعامل / عاملة الخدمة للحصول على مزيد من المعلومات.

المشرف أو المشرفة / التاريخ/Supervisor/Date

رقم الهاتف/Telephone Number

العامل أو العاملة / التاريخ/Worker/Date

تنص الأنظمة أنه عليك أن تبلغ فوراً هذه الدائرة بشأن أي تغيير يطرأ على احتياجاتك، أو دخلك، أو مواردك، أو ترتيبات معيشتك، أو عنوانك.

بحق لك أن تستأنف هذا القرار. تأكد من قراءة المعلومات الموجودة خلف هذا الإخطار بشأن طريقة استئناف هذا القرار. انتبه: إذا تم قبولك في برامج المساعدة العامة، أو الكوبونات الغذائية ("فود ستامبس")، أو المساعدة الطبية، فيمكن أن تكون مؤهلاً للحصول على خصومات من خدمة الهاتف. لمزيد من المعلومات حول خط الحياة ("لايف لاين")، اتصل مجاناً بشركة "فيرايزون" على الرقم: 1-800-799-6874.

### معلومات حول طلب عقد اجتماع و جلسة الإنصاف على مستوى الولاية

**الحق في طلب عقد اجتماع:** إذا كنت ترى أن قرارنا كان خاطئاً، أو إذا كنت لا تفهم معنى قرارنا، أو كنت بحاجة إلى معلومات إضافية حول أسباب قرارنا، فالرجاء الاتصال بوحدة جلسة الإنصاف والاجتماع (FH&C) على الرقم الموجود في الصفحة الأمامية لهذا الإخطار. يجوز لك أن تطلب عقد اجتماع للنظر في هذه الإجراءات. إذا أردت طلب عقد اجتماع، فينبغي عليك طلب ذلك في أقرب وقت ممكن. إن اكتشفنا أثناء الاجتماع أننا اتخذنا قراراً خاطئاً أو قررنا تغيير قرارنا بسبب معلومات تقدمها، فسنتقوم باتخاذ تدبير تصحيحي بهذا الشأن وإعطائك إخطاراً جديداً بذلك. يمكنك أن تطلب عقد اجتماع بالاتصال بنا على رقم الهاتف الموجود على الصفحة الأمامية لهذا الإخطار، أو إرسال طلب خطي إلينا على العنوان الوارد في الصفحة الأمامية لهذا الإخطار. يستخدم رقم الهاتف هذا فقط عند طلب عقد اجتماع. علماً إن هذه لا تكون الطريقة التي تلتزم فيها عقد جلسة الإنصاف. إن الطلب لعقد اجتماع لا يسمح لك أن تبقى مخصصاتك على حالها. لكي تبقى مخصصاتك على حالها، يجب عليك أن تلتزم عقد جلسة إنصاف. إذا قمت بطلب عقد اجتماع، فلا يزال يحق لك التماس عقد جلسة الإنصاف. حتى لو قمت بطلب عقد اجتماع فليس أمامك سوى مدة 60 يوماً من تاريخ هذا الإخطار لالتماس عقد جلسة الإنصاف للمسائل المتعلقة بالمساعدة العامة، والمساعدة الطبية، والخدمة الاجتماعية، و 90 يوماً للمسائل المتعلقة بالكوبونات الغذائية ("فود ستامبس"). اقرأ أذناه بشأن المعلومات حول عقد جلسة الإنصاف.

**إبقاء مخصصاتك على حالها:** سيستمر صرف مخصصاتك بدون تغيير فيها إلى أن يصدر قرار جلسة الإنصاف وذلك إذا قمت بالتماس عقد جلسة الإنصاف قبل تاريخ سريان مفعول هذا الإخطار. علماً أن مخصصات الكوبونات الغذائية ("فود ستامبس") الخاصة بك لن يستمر صرفها أبداً بعد آخر تاريخ من فترة اللياقة المثبتة لتلقي الكوبونات الغذائية ("فود ستامبس") الخاصة بك.

لا أريد الاستمرار في صرف مخصصاتي بدون تغيير فيها حتى صدور قرار جلسة الإنصاف.

#### جلسة الإنصاف على مستوى الولاية

**مهلة التماس عقد جلسة الإنصاف:** إذا أردت من الولاية أن تعيد النظر في قرارنا، فعليك أن تلتزم عقد جلسة الإنصاف في ظرف 60 يوماً من تاريخ هذا الإخطار للمسائل المتعلقة بالمساعدة العامة، والمساعدة الطبية، والخدمة الاجتماعية، و 90 يوماً للمسائل المتعلقة بالكوبونات الغذائية ("فود ستامبس").  
**الحق في التماس عقد جلسة الإنصاف:** إذا كنت تعتقد بأن الإجراء الذي نأخذه هو إجراء خاطئ (أو الإجراءات التي نأخذها هي إجراءات خاطئة)، فيمكنك أن تلتزم عقد جلسة إنصاف على مستوى الولاية عن طريق الاتصال الهاتفي، أو البريد، أو الفاكس، أو الذهاب بنفسك:

(1) **الهاتف:** (212) 417-6550. (الرجاء أن يكون هذا الإخطار في متناول يديك عند الاتصال).

(2) **البريد:** أرسل نسخة من الإخطار بعد إكمال ملء هذا الجانب إلى العنوان التالي:

Office of Temporary and Disability Assistance, P. O. Box 193, Albany, NY 12201  
يرجى حفظ نسخة لنفسك.

(3) **جهاز الفاكس:** أرسل نسخة من الإخطار بعد إكمال ملء هذا الجانب عبر جهاز الفاكس إلى الرقم التالي: (518) 473-6735.

(4) **الذهاب بنفسك** بحضور نسخة من هذا الإخطار بعد إكمال ملء هذا الجانب إلى مكتب شؤون المساعدة المؤقتة ومساعدة المعجز التابع لولاية نيويورك المدرج أدناه:

**14 Boerum Place, Brooklyn  
330 West 34<sup>th</sup> Street, Manhattan, 3<sup>rd</sup> floor**

التمس من حضرتكم عقد جلسة الإنصاف. إن الإجراء المتخذ من الوكالة خاطئ للأسباب التالية:

توقيع المشترك:

التاريخ:

أكتب اسمك بحروف كبيرة:

رقم القضية:

رقم الهاتف:

العنوان:

الرمز البريدي

المنطقة ("بورو")

إذا التمتست عقد جلسة الإنصاف، ستقوم الولاية بإرسال إخطار إليك تعلمك به عن مكان وزمان جلسة الإنصاف. يحق لك أن يملك محام، أو قريب، أو صديق، أو أي شخص آخر، أو أن تمثل نفسك بنفسك. خلال جلسة الإنصاف، ستعطى الفرصة لك أو لممتلكك لتقديم الأدلة الكتابية والشفهية لتثبيت الحقائق والظروف، ومجادلة الأدلة المقدمة من الوكالة المحلية أو رفضها. ستعطى الفرصة لمحاميك أو من يملك أن يقدم أدلة كتابية وشفهية ليوضح سبب عدم وجوب اتخاذ هذا الإجراء، كما ستتاح له الفرصة لاستجواب أي شخص حاضر في الجلسة. كما يحق لك أن تحضر شهوداً ليشهدوا لصالحك. يجب عليك أن تحضر معك إلى جلسة الإنصاف أية مستندات (مثل هذا الإخطار، و قسائم شيكات دفع الراتب، والإيصالات، والفواتير الطبية، والإثباتات، والرسائل ... الخ) قد تساعدك في عرض قضيتك.

**المساعدة في الشؤون القانونية:** إذا احتجت إلى مساعدة مجانية في الشؤون القانونية، فيجوز لك الحصول عليها بالاتصال بمجتمع المساعدة القانونية التابع للمنطقة التي تعيش فيها، أو بآلية مجموعة أخرى نشيطة في تبنى القضايا القانونية والدفاع عنها. يمكن التعرف على أقرب مجتمع للمساعدة القانونية أو مجموعة نشيطة في تبنى القضايا القانونية والدفاع عنها بالبحث في دليل الهاتف ذو الأوراق الصفراء ("يلو بيجرز") تحت خانة المحامين (Lawyers).

**التوصل للنظر في ملفك و الحصول على نسخ المستندات:** لكي نساعدك في التحضير والاستعداد للجلسة، يحق لك النظر في ملف قضيتك. إذا قمت بالاتصال أو الكتابة إلينا بهذا الشأن، سنرسل إليك نسخ مجانية عن مستندات من ملفاتك التي سنعطيكها إلى أمور الجلسة عند جلسة الإنصاف. وإذا قمت بالاتصال أو الكتابة إلينا، سنرسل إليك نسخ مجانية عن مستندات معينة أخرى من ملفاتك التي ترى بأنك بحاجة لها للاستعداد لجلسة الإنصاف. لطلب مثل هذه المستندات، أو لترى كيف يجوز لك أن تتظر في ملف قضيتك، اتصل بالرقم (718) 722-5012، أو أرسل طلبك عبر الفاكس رقم (718) 722-5018، أو أرسل طلبك الخطي بواسطة البريد إلى العنوان التالي: HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. إذا أردت الحصول على نسخ من مستندات ملف قضيتك، فينبغي عليك أن تطلبها مسبقاً. كما قد نقوم بإعطائك نسخاً من مستندات ملف قضيتك في موعد جلستك في حال قدمت طلبك فيما يقل عن خمسة أيام قبل موعد جلستك.





日期：\_\_\_\_\_  
個案名稱：\_\_\_\_\_  
個案號碼：\_\_\_\_\_  
個案組合號碼：\_\_\_\_\_  
中心：\_\_\_\_\_  
要求召開調解會的電話號碼：\_\_\_\_\_

公平聽證調解小組

如果您有疑問或是需要幫助，請打以下電話號碼聯絡您的工作人員。

### 福利變更 / 福利繼續意圖通知：

### 公共援助、糧食券、醫療補助受保範圍和服務項目 (Chinese)

本通知是爲了告訴您，這個單位意圖變更您的福利項目。請看下列打勾的方框，旁邊便是與此變更相關的解釋。

如果這個方框打勾，表示在「資格重新證明」時會採取方框旁邊所列的行動。

#### 公共援助

減少。您的公共援助金將由 \$ \_\_\_\_\_ 減少爲 \$ \_\_\_\_\_，從 \_\_\_\_\_ 開始生效

採取這項行動的理由是於 \_\_\_\_\_ 時， \_\_\_\_\_  
日期 姓名

如果您沒有在本通知的生效日期前與本單位聯絡，這樣的行爲會被視爲故意違反規定，您的福利便會減少。如果您確實與本單位聯絡，您的補助便會維持不變，一直到您有機會解釋您無法遵守規定的原因。您有責任告訴我們原因，說明爲什麼我們不應該採取這項行動。我們將會複審您的解釋和其他相關資料，然後做出最後決定。您會收到複審結果的書面通知。如果我們確定您並非故意，也不是沒有正當理由才無法或拒絕遵守計畫的要求，這份通知便會作廢，我們不會採取任何行動來減少您的福利。如果我們確定您是故意，也沒有正當理由而不去或拒絕遵守與就業相關的要求，您便會收到另一份通知，到時候您可以申請公平聽證會，複審我們提出的福利減少建議。我們做出此項決定所依據的法令和/或規章爲：18NYCRR 385.14。

#### 糧食券

減少。您的糧食券福利將由 \$ \_\_\_\_\_ 減少爲 \$ \_\_\_\_\_，從 \_\_\_\_\_ 開始生效

終止。您的糧食券福利從 \_\_\_\_\_ 起將終止發放

增加。您的糧食券福利將由 \$ \_\_\_\_\_ 增加爲 \$ \_\_\_\_\_，從 \_\_\_\_\_ 開始生效

繼續。您的糧食券福利繼續維持 \$ \_\_\_\_\_ 不變

採取這項行動的理由是 \_\_\_\_\_

我們做出此項決定所依據的法令和/或規章爲： \_\_\_\_\_

#### 醫療補助

繼續。除 \_\_\_\_\_ (姓名) 以外，您家中所有成員可以繼續受保於醫療補助。您將會繼續收到醫療補助授權，讓所有合格的受保人都受到完整的服務。

繼續。在我們審核您資格的期間，您家中所有成員可以繼續受保於醫療補助。我們會在三十 (30) 天以內把我們的裁決結果寄給您。

我們做出此項決定所依據的法令和/或規章爲： \_\_\_\_\_

服務：社會服務領取人 - 當您失去公共援助和醫療補助福利時，我們必須在做出此一裁決後的 30 天內，重新審核您是否符合接受社會服務的資格。這並不表示您的服務就一定被終止。只是我們必須重新審核您是否符合繼續接受這些服務的資格。請聯絡您的服務專員以獲得進一步的資訊。

工作人員/日期： \_\_\_\_\_ 電話號碼： \_\_\_\_\_ 主管/日期： \_\_\_\_\_

依照規章，如果您的需要、收入、資源、住屋安排或是地址有所改變的話，您必須立刻通知本部門。

您有權針對此項裁決進行上訴。請務必閱讀文件反面關於如何針對此項裁決進行上訴的資訊。

注意：如果您獲得核准領取公共援助、糧食券或是醫療補助，您或許也有資格申請電話費折扣。如果想詢問有關 LIFELINE 計畫的資訊，請您打 Verizon 免費電話 1 (800) 799-6874 詢問。

## 調解會與公平聽證會資訊

**參加調解會的權利：**如果您認為我們的裁決錯誤，或您不瞭解我們的裁決，或您需要關於本裁決原因的額外資訊，請打本通知正面的電話號碼，和公平聽證調解小組 (FH&C) 聯絡。您可以透過調解會來審查這些行動。如果您想要召開調解會，必須盡快申請。在調解會中，如果我們發現之前的裁決錯誤，或者由於您所提供的資訊，讓我們決定改變裁決，我們便會採取補救行動，再發給您一份新的通知。您可以打本通知正面的電話給我們，或是把書面要求寄到正面所列的地址，便可以要求召開調解會。只有申請調解會時才可以打這個電話號碼。這不是用來申請公平聽證會的。您所提出的召開調解會申請，並不會讓您保持原有的福利，如果您希望保持原有的福利，您必須要求召開公平聽證會。如果您要求召開調解會，仍然有權要求召開公平聽證會。就算您要求召開調解會，針對公共援助、醫療補助、和社會服務所要求召開的公平聽證會，仍然必須在從本通知日期算起的 60 天內提出，糧食券的公平聽證會則必須在 90 天內提出。請您詳細閱讀以下的公平聽證會資訊。

**保持您原有的福利：**如果您在本通知的生效日期前要求召開公平聽證會，您可以在聽證會做出裁決前，繼續收到您原有的福利。不過，在任何情況下，您所領取的糧食券福利都將在您的糧食券證明到期日當天截止。

在聽證會做出裁決前，我不希望繼續保持原有的福利不變。

### 州政府公平聽證會

**要求截止日期：**如果您希望州政府複審我們的裁決，您必須在本通知日期算起的 60 天內，針對公共援助、醫療補助、和社會服務要求召開公平聽證會，有關糧食券的公平聽證會則必須在 90 天內提出。

**召開公平聽證會的權利：**如果您認為我們的行動是錯誤的，您可以透過電話、郵寄、傳真，或本人親自出面來要求州內公平聽證會。

- (1) 電話： (212) 417-6550。（您打電話來時，請把本通知放在旁邊）。  
- 或 -
- (2) 書面通知： 請把這一面填寫完整，然後把本通知的一份副本郵寄到紐約州臨時補助與傷殘補助辦事處 (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) 聽證會行政辦事處，地址是 P.O. Box 1930 Albany, NY 12219。請打下一份副本。  
- 或 -
- (3) 傳真： 請把這一面填寫完整，然後把本通知傳真到： (18) 47-6735  
- 或 -
- (4) 本人親自出面： 請把這一面填寫完整，然後帶著本通知的一份副本，到下列任何一個紐約州臨時補助與傷殘補助辦事處 (New York State Office of Temporary and Disability Assistance)：  
**14 Boerum Place, Brooklyn**  
**330 West 34th Street, NYC, 3<sup>rd</sup> floor**

本人要申請公平聽證會。貴處採取的行動是錯誤的，原因如下： \_\_\_\_\_

參與人簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_  
請用英文正楷書寫姓名： \_\_\_\_\_ 個案號碼： \_\_\_\_\_  
地址： \_\_\_\_\_ 電話號碼： \_\_\_\_\_  
區名 郵遞區號

如果您要求召開公平聽證會，州政府會寄發一份通知，告訴您聽證會的時間和地點。您有權請法律顧問、親戚、朋友或其他人做為您的代表，您也可以代表自己。在聽證會上，您本人或您的代表將有機會出示書面和口頭證據，以建構事實和狀況，並且質詢或反駁由當地辦事處所提出的證據。您的律師或其他代表將有機會出示書面和口頭證據，說明為什麼不應該採取這項行動，也有機會質問任何出席聽證會的人員。您也有權請證人為您辯護。出席聽證會時，您應該攜帶所有的文件（例如本通知、薪資單、收據、醫療帳單、確認資料和信函等），只要有利於您個案的資料，都可以帶來。

**法律協助：**如果您需要免費的法律協助，只要聯絡您當地的「法律援助協會」(Legal Aid Society) 或其他倡導權益的團體，便可獲得協助。您只要拿出電話簿，翻到「律師」(Lawyers) 的部分，就可以找到離您最近的「法律援助協會」或倡導法律權益的團體。

**調閱您的檔案和紀錄副本：**為協助您準備聽證會，您有權檢閱您的個案紀錄。如果您打電話或寫信給我們，我們將免費提供您在檔案中的所有文件副本，公平聽證會的聽證官將會有一份相同的文件。還有，如果您打電話或寫信給我們時，我們可以從您的檔案中調出您認為與本次聽證會有關的其他特定文件，並寄出免費副本給您。您可以打電話到 (718)722-5012，或傳真到 (718)722-5018，或寫信到 HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201，以提出調閱的請求或了解如何檢閱您的個案紀錄。如果您需要您個案文件的副本，請儘早提出申請，這些文件通常會在您提出請求的三個工作天內寄出。如果您再聽證會召開前的五天內才提出請求，您的個案紀錄可能會在聽證會進行時交給您。

Return Address (stamp or write in)



Dat: \_\_\_\_\_

Non Dosye a: \_\_\_\_\_

Nimewo Dosye a: \_\_\_\_\_

Pil dosye: \_\_\_\_\_

Sant: \_\_\_\_\_

Nimewo telefòn jeneral pou mande yon konferans: \_\_\_\_\_

FH&C

Pou kesyon oswa èd, rele Travayè w la nan nimewo telefòn anba a.

**Avi sou entansyon pou chanje/kontinye ba ou benefis:**

**Asistans piblik, kupon pou manje, asirans ak sèvis asistans medikal (Haitian Creole)**

Avi sa a, se pou fè ou konnen ke biwo sa a gen lide chanje BENEFIS OU. Nou eksplike chanjman yo pi sou kote bwat ki make yo.

Si bwat sa a make, nou ap pran desizyon yo jou resètifikasyon a.

**Asistans piblik**

**NAP REDWI** benefis asistans piblik ou de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ a pati de \_\_\_\_\_

REZON desizyon saa se ke le \_\_\_\_\_ (dat) \_\_\_\_\_ (non)

Si ou pa pran kontak avèk biwo a anvan avi sa a pran efè, nou ap konsidere sa tankou yon fèt ekspres e benefis ou ap redwi. Si ou antre an kontak ak biwo sa a, benefis ou pap chanje jiskaske ou kapab bay eksplikasyon sou rezon ki fè ke ou pa respekte sa nou te mande ou la. Se pou nou ki dwe bay rezon ki fè nou pa pran desizyon sa a. Apre, nou pral gade eksplikasyon ak tout enfòmasyon ke ou bay pou nou pou fè nou pran desizyon final. Nap fè ou konnen alekri rezilta revizyon an. Si nou jwenn ke se pa pou sa rezon valab ke ou pa soumèt ou la sou pwogram nan mande a, avi sa a ap nil et nou par pran anken desizyon pou redwi benefis ou. Si nou wènn ke se ekspres ou fè e ke ou pa gen rezon valab ki fè ke ou pa konfòme ou a sa travayè mande a, ou pral resevwa yon lòt avèk ou sa a ou ap kapab mande yon jijman jis pou gade kouman benefis ou ap redwi a.

Lwa (yo) ak/oswa règleman (yo) ki pèmèt nou fè sa se:NYCRR 385.14.

**Koupon pou manje**

**REDWI** benefis kupon pou manje ou de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ a pati de \_\_\_\_\_

**SISPANN** benefis kupon pou manje ou a pati de \_\_\_\_\_

**OGMANTE** benefis kupon pou manje ou de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ a pati de \_\_\_\_\_

**KONTINYE** ba ou benefis kupon pou manje a san chanjman a \$ \_\_\_\_\_

REZON desizyon sa a se \_\_\_\_\_

Lwa (yo) ak/oswa règleman (yo) ki pèmèt nou fè sa se \_\_\_\_\_

**Asistans medikal**

**KONTINYE** asirans asistans medikal pou tout moun ki nan kay la eksepte \_\_\_\_\_. Ou ap kontinye resevwa Asistans Medikal ki ofri tout moun ki kalifye sèvis konplè. (non)

**KONTINYE** asirans asistans medikal pou tout moun ki nan kay la an atandan ke nou etidye si yo kalifye. Nou ap fè ou konnen desizyon nou sou trant jou.

Lwa (yo) ak/oswa règleman (yo) ki pèmèt nou fè sa se \_\_\_\_\_

**Sèvis** Moun ki patisipe nan sèvis sosyal – Si ou pèdi benefis asistans piblik ak asistans medikal ou lap nesèsè pou nou gade yon lòt fwa si ou kalifye pou sèvis sosyal sou trant jou apre desizyon an. Sa pa vle di nesèsèman ke benefis ou ap sispan. Sa vle di ke nou fèt pou gade ankò si ou kalifye pou sèvis sa yo. Si ou bezwen plis ransèyman, tanpri pran kontak ak travayè sèvis sosyal ou.

Travayè/Dat/Worker/Date      Nimewo Telefòn/Telephone Number      Sipèvizè/Dat/Supervisor/Date

La lwa oblije ou di depatman sa a tou swit, tout chanjman nan sa ou bezwen pou viv, lajan ke ou gen pou touche, lòt lajan, kay osinon adrès.  
**Ou gen dwa mande pou nou rekonsidere desizyon an. Tanpri, li enfòmasyon ki sou do fèy sa a pou konnen kouman pou mande rekonsidere desizyon an.**  
**Atansyon:** Si ou kalifye pou asistans piblik, kupon pou manje osinon asistans medikal, ou kapab pètèt gen dwa tou jwenn yon rabè sou sèvis telefòn ou. Pou plis ransèyman sou LIFELINE, Tanpri rele Verizon Telephone gratis nan 1 (800) 799-6874.

## Enfòmasyon sou Konferans ak Jijman Jis

**DWA POU GEN YON KONFERANS:** Si w panse desizyon nou an pa bon oswa ou pa konprann desizyon nou an, oswa ou bezwen enfòmasyon anplis sou rezon ki fè nou pran desizyon nou an tanpri rele Depatman Pou Jijman Jis ak Konferans la (Fair Hearing and Conference [FH&C]) nan nimewo ki make nan paj avi sa a. Ou ka gen yon konferans pou rekonsidere desizyon sa yo. Si w vle yon konferans, ou dwe mande youn san pèdi tan. Nan konferans lan, si nou dekouvri ke nou pran yon move desizyon, oswa, pou tèt enfòmasyon ou ban nou, nou deside chanje desizyon nou an, nou ap korije sa epi nou ap ba w yon nouvo avi. Ou ka mande yon konferans lè w rele nou nan nimewo telefòn ki make devan avi sa a oswa ekri nou nan adrès ki make devan paj sa a. Ou dwe rele nimewo telefòn sa a sèlman lè w ap mande yon konferans. Se pa konsa pou mande yon jijman jis. Mande yon konferans pa pèmèt ou gen menm benefis yo. Pou ka gen menm benefis yo, ou dwe mande yon Jijman Jis. Si w mande yon konferans ou toujou gen dwa pou gen yon jijman jis. Menm si ou mande yon konferans, ou toujou gen 60 jou sèlman apati de dat avi sa a pou mande yon jijman jis pou asistans piblik, asistans medikal, ak pwoblèm sèvis sosyal epi ou gen 90 jou pou mande yon jijman jis pou zafè kupon pou manje. Li anba a pou enfòmasyon sou jijman jis.

**KENBE MENM BENEFIS YO :** Benefis ou yo ap rete menm san chanjman jislè yo pran yon desizyon nan Jijman Jis la, si w te mande yon Jijman Jis anvan dat lap kòmanse ki make sou avi sa a. Toutfw, yo pap kontinye benefis kupon pou manje w yo nan oken kondisyon apre dènye dat tan sètifikasyon pou kupon pou manje ou la.

Mwen pa vle benefis mwen kontinye menm jan san chanjman jislè yo pran desizyon nan Jijman an.

### JIJMAN JIS LETA

**Dat Limit pou Demann :** Si w vle Leta rekonsidere desizyon nou an, ou gen 60 jou apati de dat ki sou avi sa a pou mande yon jijman jis pou asistans piblik, asistans medikal, ak pwoblèm sèvis sosyal epi ou gen 90 jou pou mande yon jijman jis pou zafè kupon pou manje.

**Dwa pou gen yon Jijman Jis :** Si ou panse aksyon (yo) ke nou ap pran (yo) pa bon, ou ka mande yon jijman jis Leta pa telefòn, pa lapòs, pa faks oswa ou ka vini fè li fasafas:

(1) **TELEFON:** (212) 417-6550. (Tanpri kenbe avi sa a ak ou lè w ap rele)

(2) **LAPOS:** Ranpli fòm sa a epi voye yon kopi avi sa a bay Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12204. Kenbe yon kopi pou ou.

(3) **FAKS:** Ranpli fòm sa a epi voye yon kopi avi sa a bay faks nan nimewo sa a (518) 475-6735.

(4) **FASAFAS:** Ranpli fòm sa a epi vini ak yon kopi avi sa a, nan youn nan biwo New York State Office of Temporary and Disability Assistance ki make anba a:  
**14 Boerum Place, Brooklyn**  
**330 West 34th Street, NYC, 3<sup>rd</sup> floor**

Mwen ta renmen gen yon jijman jis. Desizyon Ajans la pran an pa bon paske: \_\_\_\_\_

Siyati moun ki ap patisipe a: \_\_\_\_\_ Dat: \_\_\_\_\_

Non (an lèt majiskil): \_\_\_\_\_ Nimewo dosye a: \_\_\_\_\_

Adrès: \_\_\_\_\_ Nimewo telefòn: \_\_\_\_\_  
Site Zipkòd

Si ou mande yon jijman jis, Leta ap voye yon avi ba ou pou fè w konnen lè ak kote pou ale. Ou gen dwa pran yon avoka pou reprezante w oswa fè yon fanmi, yon zanmi, oswa yon lòt moun reprezante w, ou ka reprezante tèt ou tou. Nan jijman an, ou menm, avoka w, oswa lòt moun kap reprezante w la ap kapab prezante prèv ekri oswa oral, eksplike sikonstans yo epi kesyone oswa refize prèv ke ajans lokal la prezante. Avoka w la oswa lòt reprezantan w ap kapab prezante prèv ekri oswa oral pou demontre pou kisa yo pa dwe pran desizyon sa a, yo ap gen posiblite pou poze nenpòt ki moun ki parèt nan jijman an kesyon. Ou gen dwa tou pou mennen moun temwaye pou ou. Ou dwe pote nan jijman an tout dokiman ki ka ede w prezante ka w (tankou avi sa a, fèy pewòl ou, resi w, bòdwo doktè w, lèt elatriye).

**ED AVOKA:** Si toufw ou ta bezwen èd avoka gratis, ou ka jwenn èd lè w antre an kontak ak (Legal Aid Society) asosyasyon èd sou zafè legal oswa gwoup avoka ki nan zòn ou a. Gade nan paj jòn anyè a nan seksyon « Lawyers » pou w ka jwenn gwoup oswa asosyasyon avoka ki pi pre w la.

**KONSILTE DOSYE W AK KOPI DOKIMAN:** Pou ede w pare pou Jijman, ou gen dwa pou konsilte dosye w. Si w rele nou oswa ou ekri nou, nou pral voye kopi dokiman ki nan dosye w yo ke nou pral bay ofisyè jijman nan Jijman Jis la gratis ba ou. Epitou, si w rele nou oswa ou ekri nou, nou pral voye kopi lòt dokiman ki nan dosye w ke ou voye mande ke w panse ki ka ede prepare pou Jijman Jis ou a. Pou mande dokiman oswa pou konnen kouman pou gade dosye w la, rele (718) 722-5012 oswa voye FAKS nan (718) 722-5018 oswa ekri HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. Si w bezwen kopi dokiman yo ki nan dosye w la, ou dwe mande sa alavans. Dabitid, yo voye yo ba ou nan 3 jou travay apre lè ou mande yo a. Si ou mande kopi dokiman yo mwens ke senk jou anvan jijman w la, yo ka ba w yo nan jijman.



[Stamp area]

[Stamp area]

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

Nom du dossier : \_\_\_\_\_

Numéro du dossier : \_\_\_\_\_

Dossiers à charge : \_\_\_\_\_

Centre : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone pour conférence et accès au registre \_\_\_\_\_

FH&C

Pour toute question ou assistance, veuillez appeler votre Travailleur au numéro indiqué ci-après.

### Avis de l'intention de modifier/continuer les prestations : assistance publique, bons d'aliments et couverture et services d'assistance médicale (French)

Le présent avis a pour but de vous informer que cette agence a l'intention de MODIFIER VOS PRESTATIONS. Les modifications sont expliquées ci-après en regard des cases qui ont été cochées.

Si cette case est cochée, les actions ci-après sont prises lors de la recertification.

#### Assistance publique

RÉDUIRE vos prestations d'assistance publique de \$ \_\_\_\_\_ à \$ \_\_\_\_\_ à compter du \_\_\_\_\_

Le motif de cette mesure est que le \_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_ (nom)

Si vous ne contactez pas l'agence avant la date d'entrée en vigueur du présent avis, votre omission sera considérée comme une violation intentionnelle et vos prestations seront réduites. Si vous contactez cette agence, vos prestations demeureront inchangées jusqu'à ce que vous ayez eu la possibilité d'expliquer les circonstances de votre non-conformance. Il vous incombe de donner les motifs pour lesquels nous ne devrions pas prendre cette action. Nous examinerons ensuite votre explication de même que toute autre information pertinente, et nous ferons une détermination finale. Vous serez avisé par écrit des résultats de l'examen. S'il est établi que vous n'avez pas omis ou refusé volontairement et sans motif valable de vous conformer aux exigences du programme, cet avis sera annulé et aucune action ne sera prise en vue de réduire vos prestations. S'il est établi que vous avez omis ou refusé volontairement et sans motif valable de vous conformer aux exigences d'emploi, vous recevrez un autre avis et vous pourrez demander une audition équitable à ce moment en vue d'examiner la réduction proposée.

La/les loi(s) et/ou réglementation(s) nous autorisant à ce faire est/sont NYCRR 385.14.

#### Bons d'aliments

RÉDUIRE vos prestations en bons d'aliments de \$ \_\_\_\_\_ à \$ \_\_\_\_\_ à compter du \_\_\_\_\_

METTRE FIN à vos prestations en bons d'aliments à compter du \_\_\_\_\_

AUGMENTER vos prestations en bons d'aliments de \$ \_\_\_\_\_ à \$ \_\_\_\_\_ à compter du \_\_\_\_\_

MAINTENIR vos prestations en bons d'aliments sans modification à \$ \_\_\_\_\_

Le motif de cette mesure est \_\_\_\_\_

La/les lois et/ou réglementations nous autorisant à faire ceci est/sont \_\_\_\_\_

#### Assistance médicale

MAINTENIR la couverture d'assistance médicale pour tous les membres de votre ménage à l'exception de \_\_\_\_\_ (nom) Vous continuerez à recevoir la couverture d'assistance médicale offrant des services complets à la (ou aux) personne(s) admissible(s).

MAINTENIR la couverture d'assistance médicale pour tous les membres de votre ménage en attendant un examen d'admissibilité. Nous vous communiquerons notre décision dans un délai de trente jours.

La/les loi(s) et/ou réglementation(s) nous autorisant à faire ceci est/sont \_\_\_\_\_

**Services** : Participants aux services sociaux – Une perte des prestations d'assistance publique et d'assistance médicale nécessitera un réexamen de votre admissibilité aux services sociaux dans un délai de 30 jours suivant cette décision. Ceci ne signifie pas nécessairement qu'il sera mis fin à ces services. Ceci signifie que votre admissibilité à ces services devra être à nouveau établie. Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter votre travailleur des services sociaux.

Travailleur/Date/Worker/Date Numéro de téléphone/Telephone Number

Superviseur/Date/Supervisor/Date

La loi vous oblige à notifier immédiatement ce département de tout changement de vos besoins, revenus, ressources, logement ou adresse. Vous avez le droit d'interjeter appel de cette décision. Veuillez lire les informations au verso pour connaître la marche à suivre pour faire appel de cette décision.

Attention : Si vous êtes accepté pour l'assistance publique, les bons d'aliments ou l'assistance médicale, il se peut que vous ayez droit à un rabais sur votre service téléphonique. Pour plus de renseignements sur LIFELINE, veuillez appeler Verizon sans frais au 1 (800) 799-6874.

## Informations relatives aux conférences et aux auditions équitables

**DROIT DE CONFÉRENCE** : si vous pensez que notre décision n'est pas appropriée ou si vous ne comprenez pas notre décision, ou si vous nécessitez plus d'informations sur le motif de notre décision, veuillez téléphoner au Service des auditions équitables et des conférences (Fair Hearing and Conference) au numéro qui apparaît au recto de cet avis. Une conférence pourra vous être accordée pour réexaminer ces actions. Si vous voulez d'une conférence, vous devrez en solliciter une aussitôt que possible. Si, lors de la conférence, nous établissons que la décision que nous avons prise est inadéquate ou si, sur la base des informations que vous fournissez, nous décidons de modifier notre décision, nous prendrons des mesures correctives et vous enverrons un nouvel avis. Pour solliciter une conférence, veuillez nous appeler au numéro de téléphone qui figure au recto du présent avis ou nous envoyer une demande écrite à l'adresse indiquée en haut du recto de ce document. Ce numéro de téléphone est exclusivement réservé aux demandes de conférence et ne peut en aucun cas être utilisé pour demander une audition équitable. Une demande de conférence n'est pas préjudiciable au droit à une audition équitable. Même si vous sollicitez une conférence, vous ne disposez toujours que de 60 jours à compter de la date du présent avis pour solliciter une audition équitable liée à des questions d'assistance publique, d'assistance médicale ou de services sociaux, et de 90 jours pour les bons d'aliments. Pour de plus amples informations sur les auditions équitables, veuillez lire les informations ci-dessous.

**MAINTENIR VOS PRESTATIONS INCHANGÉES** : si vous sollicitez une audition équitable avant la date effective de cet avis, vos prestations resteront inchangées jusqu'à ce qu'une décision soit prise à l'issue de l'audition équitable. Cependant, vos prestations en bons d'aliments ne seront pas prolongées au-delà de la dernière date de la période pour laquelle vous avez droit à ces prestations.

Je ne souhaite pas que mes prestations restent inchangées jusqu'à la prise d'une décision au terme de l'audition équitable.

### AUDITION ÉQUITABLE PAR L'ÉTAT

**Délai de demande** : si vous souhaitez que l'État réexamine notre décision, vous êtes tenu de solliciter une audition équitable dans les 60 jours qui suivent la date du présent avis pour les questions d'assistance publique, d'assistance médicale et de services sociaux, et de 90 jours pour les bons d'aliments.

**Droit à une audition équitable** : si vous pensez que les mesures que nous avons prises sont inadéquates, vous pouvez demander une audition équitable par l'État par téléphone, courrier, télécopie ou en personne.

(1) **TELEPHONE** : (212) 417-6550. (veuillez disposer du présent avis lors de votre appel)

OU

(2) **COURRIER** : Envoyez une copie du présent avis avec ce côté-ci dûment rempli à l'Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. Veuillez en conserver une copie.

OU

(3) **TELECOPIE** : Envoyez par télécopie le présent avis avec ce côté-ci dûment rempli au : (518) 473-6735.

OU

(4) **EN PERSONNE** : Apportez une copie du présent avis avec ce côté-ci dûment rempli à l'un des bureaux du New York State Office of Temporary and Disability Assistance ci-dessous :

**14 Boerum Place, Brooklyn**  
**330 West 34th Street, Manhattan, 3<sup>rd</sup> floor**

Je souhaite solliciter une audition équitable. La mesure prise par l'agence est inadéquate parce que : \_\_\_\_\_

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Commune

Code postal

Si vous sollicitez une audition équitable, l'État vous enverra un avis vous indiquant l'heure et le lieu de l'audition. Vous avez le droit d'être représenté par un avocat, un parent, un ami ou une autre personne, ou de vous représenter vous-même. Lors de l'audition, vous, votre avocat ou un autre représentant, aurez la possibilité d'exposer les éléments de preuve écrits et oraux, d'établir des faits et des circonstances et de contester ou de réfuter les preuves apportées par votre agence locale. Votre avocat ou autre représentant pourra présenter des preuves orales ou écrites visant à démontrer que la décision est inadéquate, et interroger toute personne présente. Vous pourrez également être accompagné de témoins qui parleront en votre faveur. Vous êtes encouragé à présenter, lors de l'audition, tous les documents susceptibles d'être utiles à l'exposé de votre cas, tels que le présent avis, des feuilles de paie, des reçus, des attestations, des factures médicales, des lettres, etc.

**ASSISTANCE JURIDIQUE** : au cas où vous auriez besoin d'une assistance juridique gratuite, veuillez vous adresser à l'association d'aide juridique ou groupe de défense juridique de votre région. Pour connaître votre association d'aide juridique ou groupe de défense juridique le plus proche, veuillez consulter les pages jaunes à la rubrique « Lawyers ».

**ACCÈS AUX DOSSIERS/INFORMATIONS** : vous avez le droit de consulter votre dossier afin de vous préparer pour l'audition. Sur demande, vous pouvez obtenir des copies gratuites des documents versés au dossier qui seront présentés à titre de preuve à l'officier lors de l'audition équitable. Toujours sur demande, vous pouvez obtenir des copies gratuites d'autres documents versés à votre dossier dont vous pourriez avoir besoin pour vous préparer à l'audition. Pour solliciter ces documents ou savoir comment consulter votre dossier, veuillez appeler le (718) 722-5012 ou envoyer une télécopie au (718) 722-5018 ou envoyer une demande écrite à HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. Si vous souhaitez des copies de documents, veuillez les demander à l'avance. Elles vous seront d'habitude envoyées dans les trois jours ouvrables suivant votre demande. Si vous introduisez une demande moins de cinq jours ouvrables avant votre audition, les documents de votre dossier vous seront peut-être remis lors de l'audition.



날짜: \_\_\_\_\_  
 케이스 이름: \_\_\_\_\_  
 케이스 번호: \_\_\_\_\_  
 케이스 담당 건수: \_\_\_\_\_  
 센터: \_\_\_\_\_  
 협의 상담 요청시 전화 번호: \_\_\_\_\_

FH&C

질문 및 도움 요청시, 아래의 전화 번호로 귀하의 담당관에게

**혜택 변경/지속 의도 통보:**  
**공공 보조, 푸드 스탬프 및 의료 보조 적용범위 및 서비스 (Korean)**

본 담당부처는 귀하가 받으시는 혜택에 변동 사항이 있음을 알려드립니다. 아래 표시된 부분이 해당하는 변경사항입니다.

에 표시된 부분은 재증명 조치입니다.

**공공 보조**

귀하의 공공보조 수여 금액을 \$ \_\_\_\_\_ 에서 \$ \_\_\_\_\_ 으로 \_\_\_\_\_ 부터 감액합니다.

본 조치의 이유는 \_\_\_\_\_

(날짜)

(이름)

본 통지의 유효 기간내에 본 담당부처에 연락하지 않으면 고의적인 위반으로 간주하여 귀하의 혜택이 감소될 것입니다. 본 담당부처로 연락하셔서 귀하가 준수할 수 없었던 상황을 설명하실 때까지 귀하의 공공 보조는 본 통지서의 조치에 준합니다. 귀하는 본 담당부처가 본 조치를 취하지 말아야 할 이유를 설명할 책임이 있습니다. 본 담당부처는 귀하가 제시하시는 관련 자료와 설명을 검토한 후 최종 결정을 내릴 것이며 검토 결과는 서면으로 통지됩니다. 귀하가 고의적이고 정당한 사유없이 본 프로그램의 요구사항을 위반한 것이 아니라 판정될 경우, 본 통지는 무효화되며 귀하의 혜택에 변화가 없습니다. 그러나, 귀하의 근로 관련 요구사항 위반이 고의적이며 정당한 이유가 없거나 고용 관련 요구사항과 다르지 않은 경우로 판정될 경우, 또 다른 통지서를 받을 것이며, 귀하는 이에 대해 제시된 감액을 재심하는 청문회를 요청하실 수 있습니다.

이에 해당하는 관련 법률 및/또는 법규는 18NYCRR 385.14 입니다.

**푸드 스탬프**

감액 귀하의 푸드 스탬프 혜택 금액을 \$ \_\_\_\_\_ 에서 \$ \_\_\_\_\_ 으로 \_\_\_\_\_ 부터 감액합니다.

중단 귀하의 푸드 스탬프 혜택을 \_\_\_\_\_ 부터 중단합니다.

증액 귀하의 푸드 스탬프 혜택 금액을 \$ \_\_\_\_\_ 에서 \$ \_\_\_\_\_ 으로 \_\_\_\_\_ 부터 증액합니다.

지속 귀하의 푸드 스탬프 혜택 금액은 \$ \_\_\_\_\_ 로 변동사항이 없습니다.

본 조치의 이유는 \_\_\_\_\_

입니다.

이에 해당하는 관련 법률 및/또는 법규는 \_\_\_\_\_

입니다.

**의료 보조**

지속 귀하의 가족 모든 구성원의 의료보조는 \_\_\_\_\_ 을 제외하고 계속 적용됩니다.

귀하 개인에게 해당하는 모든 의료보조 서비스는 계속 적용됩니다. (이름)

지속 적격 여부를 심사중인 모든 귀하의 가족구성원을 위한 의료보조는 계속 적용되며 귀하에게 30 일 이내에 결정서신을 보낼것입니다

이에 해당하는 관련 법률 및/또는 법규는 \_\_\_\_\_ 입니다.

서비스: 사회보장 서비스 수혜자- 귀하의 공공 보조 및 의료 보조 혜택이 중단되면 결정을 내린 30 일 이내에 사회 봉사인들에 의해 적격 재 심사 판정을 요구할 것입니다. 이는 이러한 혜택 수여를 받을 수 없다는 것을 의미하는 것이 아니라 귀하의 적격 여부를 재판정해야 한다는 것을 의미합니다. 추가 정보를 원하시면 귀하의 담당자에게 연락 (전화번호) 하여 주십시오.

담당자/날짜: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_ 상급자/날짜: \_\_\_\_\_

필수품, 수입, 자원 정보, 주거환경 또는 주소 등의 귀하의 정보에 변화가 생기면 신속히 본 부서에 통지하여야 합니다.

귀하는 이 결정에 상소할 권리가 있습니다. 이 결정에 상소하려면 서신의 뒷면을 반드시 읽으십시오.

주의: 공공 지원, 푸드 스탬프 및 의료 보조 혜택을 받을 경우, 귀하의 전화서비스를 할인 받을 수 있습니다. LIFELINE 에 대한 추가 문의: 버라이즌 (Verizon) 의 무료 통화인 1(800) 799-6874 으로 전화하십시오.

### 협의 상담과 청문회 안내 정보

**협의 상담의 권리:** 만약 귀하가 본 해당부처의 결정에 이의가 있거나 또는 본 해당부처의 결정을 이해하지 못한 경우, 그리고 결정사유에 대한 추가 정보가 필요한 경우, 이 통보서 하단에 적혀있는 청문회/협의 상담 사무소로 (FS&C) 전화문의를 하시기 바랍니다. 귀하는 이러한 조치들을 재 검토할 수 있는 협의 상담을 할 수 있습니다. 만약 귀하께서 협의 상담 하길 원한다면 가능한 빨리 요청해야 합니다. 이 협의 상담에서 만약 본 해당부처가 잘못된 결정을 했다는 것을 알게 되거나, 귀하가 제공한 정보로 인해 본 해당부처가 결정 번복을 확정하면 본 해당부처는 시정 조치를 하고 귀하께 새로 통보할 것입니다. 귀하가 협의 상담을 원하시면 본 통보서의 하단에 있는 전화번호로 전화를 주시거나 요청 서신을 작성하시어 하단에 있는 주소로 보내실 수 있습니다. 이 전화번호는 협의 상담을 요청할 때만 사용되는 번호입니다. 이는 청문회 요청용으로는 사용되지 않습니다. 협의 상담을 요청하는 것만으로는 귀하의 혜택이 이전과 동일하게 유지되지 않으며 이전과 동일한 혜택을 받기 원하시면 청문회를 요청하시기 바랍니다. 귀하께서 협의 상담을 요청하실 경우에도, 여전히 푸드 스탬프에 대한 청문회를 가질 자격이 있습니다. 비록 귀하께서 협의 상담을 요청했을 지라도, 귀하는 이 통보서의 날짜로부터 공공보조, 의료보조 및 소셜 서비스에 대해서는 60 일 이내에, 그리고 푸드 스탬프에 대해서는 90 일 이내에 청문회를 신청할 수 있습니다. 아래의 청문회 안내를 참조하십시오.

**귀하의 혜택을 동일하게 유지:** 이 통보서의 유효기간 전에 청문회를 요청했다면, 청문회의 결정이 내려지기 이전까지는 귀하의 혜택이 동일하게 유지 될 것입니다. 그러나 귀하의 푸드 스탬프 증명 기간의 마지막 날짜 이후에는 푸드 스탬프 혜택이 중단됩니다.

나는 청문회 결정이 내려지기까지 나의 혜택이 바뀌지 않은 채 계속되는 것을 원하지 않습니다.

#### 주정부 청문회

**요청 마감일:** 귀하가 주 당국에서 본 해당부처의 결정을 재검토하길 원한다면, 반드시 공공보조, 의료보조 및 소셜 서비스 문제에 관해서는 60 일 이내에 그리고 푸드 스탬프 발급에 관해서는 90 일 이내에 청문회를 요청하셔야 합니다.

**청문회의 권리:** 귀하가 본 해당부처의 조치에 동의하지 않는 경우, 귀하는 주 청문회를 전화, 서면, 팩스 혹은 본인의 방문을 통해서 신청하실 수 있습니다.

(1) 전화 번호: (212) 417-6550 (본 통보서를 가지고 전화를 걸어 주십시오.)  
- 혹은 -

(2) 서면: 본 통보서를 받은 후 Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201 로 보내주십시오. 서면은 본인이 보관하십시오.  
- 혹은 -

(3) 팩스: 본 통보서를 작성한 후 소셜 서비스 담당자에게 팩스하십시오. 팩스 번호: (518) 733-3700.  
- 혹은 -

(4) 직접 오실 경우: 본 통보서를 작성한 후 복사본을 지참하여 하기의 뉴욕 주 임시 및 영구 장애 보조국 (New York State Office of Temporary and Disability Assistance)으로 오십시오:  
**14 Boerum Place, Brooklyn  
330 West 34th Street, Manhattan, 3<sup>rd</sup> floor**

본인은 청문회를 원합니다. 해당 부처의 조치가 잘못된 이유: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

수해인의 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 담당 건 번호: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ 전화 번호: \_\_\_\_\_

보로 우편번호

만약 귀하가 청문회를 요구하면, 주 당국은 귀하에게 청문회의 장소와 시간을 알려드릴 것입니다. 귀하는 법적 고문, 친척, 친구 혹은 다른 사람들을 통해 대변하거나 귀하 자신이 주장할 수 있는 권리가 있습니다. 귀하의 청문회에서 귀하 혹은 귀하의 대리인이 사실 입증 을 위한 문서나 혹은 증언을 통하여 증거를 제시할 수 있고, 지역 담당부처가 제시한 증거에 대해 질문 혹은 반론할 수 있습니다. 귀하의 변호사 혹은 다른 대리인이 왜 그 조치가 취해져서는 안 되는지, 문서 혹은 증언을 통하여 증거를 제시할 수 있고, 귀하는 청문회에 있는 누구에게나 질문을 할 기회가 있습니다. 또한 귀하는 귀하 편에서 이야기 할 수 있는 증인을 데려올 권리가 있습니다. 귀하는 청문회에서 귀하의 상황을 설명하는데 도움이 될 모든 문서 (예를 들면 본 통지서, 급료 영수증, 영수증, 의료비 청구서, 서면등)를 지참해야 합니다.

**법률 보조:** 만약 귀하께서 무료 법률 보조가 필요하다면 귀하의 지역 법률 보조 협회 혹은 다른 법적 변호 단체와 연락하십시오. 귀하는 인근의 법률 보조 협회 혹은 변호 단체를 전화 번호부 상의 "변호사"(Lawyers)라는 주제하에 찾을 수 있습니다.

**귀하의 파일과 문서 사본의 접근:** 청문회 준비를 위해, 귀하는 귀하의 케이스 파일을 볼 권리가 있습니다. 귀하가 본 해당부처에 전화 혹은 편지를 보내시면, 본 해당부처가 청문회시 청문회 담당관에게 제출할 귀하 파일 문서의 무료 복사본을 보내드릴 것 입니다. 또한 만약 귀하가 전화 혹은 편지를 본 해당부처에 보내시면, 귀하의 청문회 준비시 필요하다고 간주되는 귀하 파일의 특정 문서의 무료 복사본을 보내드릴 것 입니다. 문서 복사본 요청 혹은 귀하의 파일을 열람하기 원한다면, (718) 722-5012 로 전화 또는 (718) 722-5018 로 팩스하시거나 HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201 로 HRA 청문회 담당 부서로 서면으로 연락하십시오. 귀하의 케이스 파일 문서의 복사본을 원하시면 미리 요청하십시오. 보통 복사본은 귀하가 요청한 지 근무일 3 일 이내에 귀하에게 발송됩니다. 만약 귀하의 청문회 날짜로부터 5 일 이전에 파일 복사본을 요청하셨다면, 귀하의 케이스 파일은 귀하의 청문회시 귀하에게 전해질 것 입니다.





Дата: \_\_\_\_\_  
Наименование дела: \_\_\_\_\_  
Номер дела: \_\_\_\_\_  
Ведущий: \_\_\_\_\_  
Центр ТУиП: \_\_\_\_\_  
Тел. для записи на приём: \_\_\_\_\_

ОРУ (FH&C)

С вопросами и просьбами обращайтесь к  
закреплённому за вами сотруднику по указанному ниже  
телефону.

### Извещение о намерении изменить или продолжить действие льгот — пособия, продуктовых талонов (фудстемпов), медицинской страховки и услуг (Russian)

Настоящим ИЗВЕЩЕНИЕМ сообщаем Вам о том, что мы намерены внести ИЗМЕНЕНИЯ В ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ВАМ ЛЬГОТЫ.  
Эти изменения разъяснены ниже против отмеченных квадратиков.

Если отмечен этот квадратик, перечисленные ниже меры приняты при переосвидетельствовании (recertification)

#### Пособие

Мы уменьшаем сумму выплачиваемого Вам пособия с \_\_\_\_\_ долл. до \_\_\_\_\_ долл., начиная с \_\_\_\_\_  
ПРИЧИНА принятия этой меры следующая: \_\_\_\_\_ (дата), \_\_\_\_\_ (имя и фамилия)

Если Вы не обратитесь в наше ведомство до даты действия настоящего извещения, это будет расценено как умышленное нарушение и объем предоставляемых Вам льгот будет уменьшен. Если же Вы обратитесь в наше ведомство, Вы будете продолжать получать пособие без изменений до тех пор, пока Вам будет предоставлена возможность объяснить причины несоблюдения правил. Вы будете обязаны привести причины, по которым мы не должны предпринимать эту меру. Мы рассмотрим представленные Вами объяснения и любые относящиеся к ним сведения и вынесем окончательное решение. О принятом решении Вы будете извещены письменно. Если мы установим, что неисполнение Вами требований программы или несоблюдение её правил не было умышленным и объясняется уважительными причинами, это извещение будет отменено и меры по уменьшению объема предоставляемых Вам льгот не будут приняты. Если же мы установим, что Ваши действия были умышленными и были совершены без уважительных причин, а также то Вы не выполняете или отказываетесь выполнять требования трудоустройства, Вы получите ещё одно извещение и можете обратиться с просьбой об объективном разбирательстве для рассмотрения предполагаемого сокращения объема предоставляемых Вам льгот.

Мы имеем право на эти меры на основании следующих законов и/или нормативных актов: статья 385.14 раздела 18 Сборника законодательных и нормативных актов Гов. штата Нью-Йорк.

#### Продуктовые талоны (фудстемпы)

- УМЕНЬШИТЬ сумму получаемых Вами фудстемпов с \_\_\_\_\_ долл. до \_\_\_\_\_ долл., начиная с \_\_\_\_\_
  - ПРЕКРАТИТЬ выдачу Вам фудстемпов, начиная с \_\_\_\_\_
  - УВЕЛИЧИТЬ сумму получаемых Вами фудстемпов с \_\_\_\_\_ долл. до \_\_\_\_\_ долл., начиная с \_\_\_\_\_
  - ПРОДОЛЖАТЬ выдачу Вам фудстемпов в том же размере \_\_\_\_\_ долл.
- ПРИЧИНА принятия этой меры следующая: \_\_\_\_\_

Мы имеем право на эти меры на основании следующих законов и/или нормативных актов \_\_\_\_\_

#### Медицинская страховка

- ПРОДОЛЖАТЬ действие медицинской страховки для всех проживающих совместно с Вами лиц кроме \_\_\_\_\_ . Вы будете продолжать получать медицинскую страховку, дающую возможность получения медицинского обслуживания всем лицам, имеющим на это право.
- ПРОДОЛЖАТЬ действие медицинской страховки для всех проживающих совместно с Вами лиц в ожидании рассмотрения вопроса о Вашем праве на медицинскую страховку. Мы направим Вам наше решение в течение тридцати (30) дней.

Мы имеем право на эти меры на основании следующих законов и/или нормативных актов \_\_\_\_\_

**Услуги.** Участникам программ социальных услуг: лишение Вас пособия и медицинской страховки требует пересмотра Вашего права на получение социальных услуг в течение 30 дней с даты принятия такого решения. Это не обязательно означает, что предоставление Вам этих услуг будет прекращено; это означает, что вопрос сохранения Вашего права на их получение подлежит повторному рассмотрению. Для получения информации просим связаться с закреплённым за Вами сотрудником, отвечающим за социальные услуги.

Имя и фамилия сотрудника /дата/Worker/Date

Номер телефона/Telephone Number

Начальник отдела/Дата/Supervisor/Date

Согласно действующему порядку Вы обязаны безотлагательно поставить данный отдел в известность обо всех изменениях, касающихся Ваших потребностей, доходов, материальных средств, жилищных условий и места жительства.

**Вы имеете право обжаловать это решение. Не забудьте ознакомиться с порядком обжалования этого решения (см. на обороте)**

**Внимание:** если Вам были назначены пособие, продуктовые талоны (фудстемпы) или медицинская страховка, Вы, возможно, имеете также право на получение телефонных услуг со скидкой. Узнать о программе телефонных услуг "Лайфлайн" Вы можете позвонив в телефонную компанию «Верайзон» (Verizon) по бесплатному телефону 1 (800) 799-6874.

## Порядок рассмотрения жалоб и заявлений

**ПРАВО НА СОБЕСЕДОВАНИЕ.** Если Вы считаете, что наше решение неправильно, или просто не понимаете его или нуждаетесь в дополнительной информации о причине принятия этого решения, просим позвонить по указанному на лицевой стороне этого извещения телефону в Отдел разбирательства и урегулирования (ОРУ) (Fair Hearing and Conciliation (FH&C) Unit). Вы можете попросить о собеседовании для рассмотрения наших действий. Если Вы хотите, чтобы такое собеседование состоялось, об этом следует попросить незамедлительно. Если в ходе собеседования мы обнаружим, что приняли неверное решение, оно будет изменено на основании представленных Вами сведений, мы предпримем необходимые действия и направим Вам новое извещение. С просьбой о собеседовании Вы можете обратиться по номеру телефона, указанному на лицевой стороне этого извещения, или в письменном виде по адресу, указанному там же. По этому номеру телефона следует обращаться только с просьбой о собеседовании – порядок обращения с просьбой об объективном разбирательстве другой. Просьба о собеседовании не даёт Вам права на сохранение предоставляемых Вам льгот в прежнем объёме. Для сохранения предоставляемых Вам льгот в прежнем объёме Вы должны обратиться с просьбой об объективном разбирательстве. Если Вы обратились с просьбой о собеседовании, за Вами всё равно сохраняется право на объективное разбирательство. Даже если Вы обратились с просьбой о собеседовании, срок обращения с просьбой об объективном разбирательстве – 60 дней с даты этого извещения по вопросам пособий, медицинского обслуживания и социальных услуг и 90 дней – по вопросам продуктовых талонов (фудстемпов). Сведения об объективном разбирательстве приведены ниже.

**СОХРАНЕНИЕ ЛЬГОТ В ПРЕЖНЕМ ОБЪЁМЕ.** Если Вы обратились с просьбой об объективном разбирательстве до вступления данного извещения в силу, предоставляемые Вам льготы будут сохранены в прежнем объёме до тех пор, пока не будет принято решение по результатам объективного разбирательства. Однако, выдача продуктовых талонов (фудстемпов) в любом случае будет прекращена после наступления последнего дня периода пересвидетельствования для получения продуктовых талонов (фудстемпов).

Я отказываюсь от получения льгот в прежнем объёме до вынесения решения по результатам разбирательства.

### ОБЪЕКТИВНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО В УЧРЕЖДЕНИЯХ ШТАТА

**Срок подачи заявки.** Если Вы хотите, чтобы принятое нами решение было рассмотрено властями штата, Вы обязаны обратиться с требованием о проведении объективного разбирательства. Срок такого обращения – в течение 60 дней с даты извещения по вопросам пособий, медицинского обслуживания и социальных услуг и в течение 90 дней с даты извещения по вопросам продуктовых талонов (фудстемпов).

**Право на объективное разбирательство.** Если Вы считаете, что предпринятые нами действия неверны, Вы можете потребовать объективное разбирательство в учреждениях штата, обратившись по телефону, по почте, по факсу или лично.

(1) **ПО ТЕЛЕФОНУ:** (212) 417-6550. (Когда Вы звоните, имейте при себе это извещение.)

ИЛИ  
(2) **ПО ПОЧТЕ:** Заполните пустые графы, приведенные ниже, и вышлите копию этого извещения по следующему адресу:  
Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance,  
P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. Сообщите элекронному адресу: [oh@otda.state.ny.us](mailto:oh@otda.state.ny.us)

(3) **ПО ФАКСУ:** Заполните пустые графы, приведенные ниже, и вышлите это извещение по факсу (718) 722-5012.

ИЛИ  
(4) **ЛИЧНО:** Заполните пустые графы, приведенные ниже, и принесите копию этого извещения в любой из указанных ниже офисов  
Управления штата Нью-Йорк по вопросам пособий по нетрудоспособности и инвалидности:  
**14 Boerum Place, Brooklyn**  
**330 West 34 Street, Manhattan, 3<sup>rd</sup> Floor.**

Я требую объективного разбирательства. Предпринятые вашим ведомством действия неправильны, потому что: \_\_\_\_\_

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия (печатными буквами): \_\_\_\_\_ Номер дела: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_  
(боро, район) (почтовый индекс)

Если Вы требуете объективного разбирательства, учреждение штата направит Вам извещение о времени и месте проведения разбирательства. Вы можете отстаивать свои интересы самостоятельно, но имеете право на то, чтобы Ваши интересы представлял юрист-консульт, родственник, друг или иное лицо. В ходе объективного разбирательства Вам или Вашему представителю предоставляется возможность представить письменные и устные доказательства, изложить факты и обстоятельства и оспорить или доказать несостоятельность фактов, представленных местным ведомством. Ваш адвокат или иной представитель Ваших интересов получит возможность представить письменные и устные свидетельства, призванные продемонстрировать неправомерность предпринимаемых мер, а также возможность обращаться с вопросами к любым лицам, присутствующим при разбирательстве. Вы также имеете право привести с собой свидетелей, выступающих в Вашу защиту. Вы обязаны принести с собой на разбирательство любые документы (это извещение, корешки чеков, расписки и квитанции, медицинские справки, подтверждающие документы, письма и т.п.), которые могут оказаться полезными в изложении Вашего дела.

**ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ.** Если Вы нуждаетесь в бесплатной юридической помощи, за ней следует обращаться в местное отделение Общества юридической помощи (Legal Aid Society) или к иной группе общественных юрист-консультантов. Адрес ближайшего отделения Общества юридической помощи или группы общественных юрист-консультантов можно найти в разделе «Адвокаты» ("Lawyers") телефонного справочника Yellow Pages.

**ДОСТУП К ВАШЕМУ ДЕЛУ И ПОЛУЧЕНИЕ КОПИЙ ДОКУМЕНТОВ.** Для того, чтобы подготовиться к разбирательству, Вы имеете право ознакомиться с Вашим делом. По Вашему устному (по телефону) или письменному запросу мы бесплатно вышлем Вам те копии документов, содержащихся в Вашем деле, которые будут переданы сотруднику, назначенному для проведения объективного разбирательства. Кроме того, по Вашему устному (по телефону) или письменному запросу мы бесплатно вышлем Вам копии прочих документов, содержащихся в Вашем деле, которые, по Вашему мнению, могут понадобиться Вам для подготовки к объективному разбирательству. Для того, чтобы запросить эти документы или узнать, как можно ознакомиться с Вашим делом, следует позвонить по телефону (718) 722-5012, обратиться по факсу (718) 722-5018 или написать по адресу HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201. Если Вам нужны копии документов, содержащихся в Вашем деле, их следует запросить заблаговременно. Обычно они высылаются в течение трёх рабочих дней после Вашего запроса. Если Вы обратитесь с этой просьбой менее чем за пять дней до разбирательства, копии документов из Вашего дела будут вручены Вам на разбирательстве.



Return address (stamp or write in box)

[ ]

Ngày: \_\_\_\_\_

Tên Hồ Sơ: \_\_\_\_\_

Số Hồ Sơ: \_\_\_\_\_

Số Hồ Sơ Kết Hợp: \_\_\_\_\_

Trung tâm: \_\_\_\_\_

Số Điện để xin buổi họp: \_\_\_\_\_

FH&C

Nếu có thắc mắc và cần giúp đỡ, xin gọi Nhân viên phụ trách  
quý vị tại số điện thoại dưới đây.

**Thông Báo Ý Định Thay Đổi/Tiếp Tục Trợ Cấp:**

**Trợ Cấp Tiền Mặt, Phiếu Thực Phẩm và Các Dịch Vụ và Bảo Hiểm Trợ Giúp Y Tế (Vietnamese)**

Thông báo này là báo cho quý vị biết rằng Cơ Quan này có ý định THAY ĐỔI (CÁC) TRỢ CẤP CỦA QUÝ VỊ. Những thay đổi này được  
giải thích dưới đây, cạnh các ô đã được đánh dấu.

Nếu ô này được đánh dấu, thủ tục dưới đây đã được tiến hành tại buổi Tái Chứng Nhận.

**Trợ Cấp Tiền Mặt**

GIẢM trợ cấp tiền mặt của quý vị từ \$ \_\_\_\_\_ đến \$ \_\_\_\_\_, có hiệu lực từ \_\_\_\_\_

Lý do thực hiện việc này là vào ngày \_\_\_\_\_ (ngày) \_\_\_\_\_ (tháng)

Nếu quý vị không liên lạc với cơ quan trước ngày thông báo này có hiệu lực, việc không thực hiện đó sẽ được coi là cố ý vi phạm và trợ cấp của quý vị sẽ bị giảm bớt. Nếu quý vị liên lạc với cơ quan này, trợ cấp của quý vị sẽ tiếp tục không thay đổi cho đến khi quý vị có dịp giải thích các hoàn cảnh không chấp hành của quý vị. Trách nhiệm của quý vị là đưa ra những lý do mà chúng tôi không nên tiến hành thủ tục này. Sau đó chúng tôi sẽ xét lại để giải thích cho quý vị, dùng vào bất kỳ lần tiếp xúc nào khác và có quyết định cuối cùng. Quý vị sẽ được thông báo bằng văn bản về kết quả xét lại. Nếu chúng tôi thấy quý vị không có ý không thực hiện hoặc từ chối chấp hành các yêu cầu của chương trình và có lý do chính đáng, thông báo này sẽ được hủy bỏ và chúng tôi sẽ không tiến hành giảm trợ cấp của quý vị. Nếu chúng tôi thấy quý vị cố ý không thực hiện hoặc từ chối chấp hành các quy định liên quan đến việc làm và không có lý do chính đáng, quý vị sẽ nhận được một bản thông báo khác và khi đó có thể yêu cầu có buổi điều trần công bằng để xem xét lại việc giảm trợ cấp được đề xuất.

(Những) Điều Luật và/hoặc (những) Điều Lệ cho phép chúng tôi thực hiện việc này là 18NYCRR 385.14.

**Phiếu Thực Phẩm**

GIẢM trợ cấp phiếu thực phẩm của quý vị từ \$ \_\_\_\_\_ đến \$ \_\_\_\_\_, có hiệu lực từ \_\_\_\_\_

NGỪNG trợ cấp phiếu thực phẩm của quý vị, có hiệu lực từ \_\_\_\_\_

TĂNG trợ cấp phiếu thực phẩm của quý vị từ \$ \_\_\_\_\_ đến \$ \_\_\_\_\_, có hiệu lực từ \_\_\_\_\_

TIẾP TỤC trợ cấp phiếu thực phẩm của quý vị không thay đổi với số tiền \$ \_\_\_\_\_

Lý do thực hiện việc này là \_\_\_\_\_

(Những) Điều Luật và/hoặc (những) Điều Lệ cho phép chúng tôi thực hiện việc này là \_\_\_\_\_

**Trợ Giúp Y Tế**

TIẾP TỤC bảo hiểm Trợ Giúp Y Tế cho tất cả các thành viên trong hộ của quý vị, trừ \_\_\_\_\_ (tháng)

Quý vị sẽ tiếp tục được nhận Trợ Giúp Y Tế chấp thuận cho những người hội đủ tiêu chuẩn được hưởng tất cả các dịch vụ

TIẾP TỤC bảo hiểm Trợ Giúp Y Tế cho tất cả các thành viên trong hộ của quý vị đang chờ tái xét tiêu chuẩn đủ điều kiện. Chúng tôi sẽ gửi quyết định của chúng tôi cho quý vị trong vòng ba mươi ngày.

(Những) Điều Luật và/hoặc (những) Điều Lệ cho phép chúng tôi thực hiện việc này là \_\_\_\_\_

**Các Dịch Vụ – Những Người Nhận Hỗ Trợ Xã Hội – Việc mất trợ cấp tiền mặt và trợ cấp Trợ Giúp Y Tế sẽ phải quyết định lại tiêu chuẩn đủ điều kiện để nhận hỗ trợ xã hội của quý vị trong vòng 30 ngày kể từ ngày có quyết định đó. Việc này không nhất thiết có nghĩa là các dịch vụ này sẽ bị ngưng lại, mà có nghĩa là tiêu chuẩn đủ điều kiện tiếp tục nhận những hỗ trợ này của quý vị sẽ phải được quyết định lại. Xin vui lòng liên lạc với nhân viên dịch vụ của quý vị để có thêm tin tức.**

Nhân Viên/Ngày \_\_\_\_\_ Điện thoại \_\_\_\_\_ Giám thị/Ngày \_\_\_\_\_

Các điều lệ qui định rằng quý vị phải thông báo ngay cho phòng này bất kỳ thay đổi nào về nhu cầu, thu nhập, nguồn tài sản, sắp xếp nơi ở hoặc địa chỉ.

Quý vị có quyền kháng cáo quyết định này. Quý vị đừng quên đọc mặt sau bản thông báo này về thủ tục kháng cáo quyết định này.

Lưu ý: Nếu quý vị được chấp thuận cho nhận trợ cấp tiền mặt, phiếu thực phẩm hoặc trợ giúp y tế, quý vị có thể đủ tiêu chuẩn để được giảm giá dịch vụ điện thoại của quý vị. Để có tin tức về LIFELINE, hãy gọi cho Verizon tại số điện thoại miễn phí 1 (800) 799-6874.

## Tin Tức Về Buổi Họp và Buổi Điều Trần Công Bằng

**QUYỀN CÓ MỘT BUỔI HỌP:** Nếu quý vị nghĩ rằng quyết định của chúng tôi là sai hoặc nếu quý vị không hiểu quyết định của chúng tôi, hoặc cần thêm tin tức về lý do quyết định của chúng tôi, xin vui lòng gọi cho Ban Điều Trần Công Bằng và Họp (Fair Hearing and Conference -FH&C) tại số điện thoại ở trang nhất của thông báo này. Quý vị có thể có một buổi họp để xem xét lại những thủ tục này. Nếu muốn có một buổi họp, quý vị nên yêu cầu càng sớm càng tốt. Tại buổi họp, nếu chúng tôi thấy chúng tôi đã có quyết định không đúng, hoặc nếu, do những tin tức mà quý vị cung cấp, chúng tôi quyết định thay đổi phán quyết, chúng tôi sẽ tiến hành sửa lại và sẽ gửi thông báo mới cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu có một buổi họp bằng cách gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ở trang nhất của bản thông báo này, hoặc bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến chúng tôi tại địa chỉ ghi nơi trang đầu của bản thông báo này. Số này chỉ được dùng để yêu cầu có buổi họp. Đây không phải là cách để xin một buổi Điều Trần Công Bằng. Yêu cầu có buổi họp không cho phép quý vị giữ nguyên trợ cấp của mình. Để giữ nguyên trợ cấp của mình, quý vị phải yêu cầu có buổi Điều Trần Công Bằng. Nếu quý vị yêu cầu có buổi họp, quý vị vẫn được quyền có buổi Điều Trần Công Bằng về phiếu thực phẩm. Ngay cả khi quý vị yêu cầu có buổi họp, quý vị vẫn chỉ có 60 ngày kể từ ngày nhận được bản thông báo này để yêu cầu có buổi Điều Trần Công Bằng cho các vấn đề về trợ cấp chính phủ, trợ cấp y tế và các vấn đề dịch vụ xã hội, và có 90 ngày cho phiếu thực phẩm. Quý vị hãy đọc tin tức về buổi Điều Trần Công Bằng ở dưới.

**GIỮ NGUYÊN TRỢ CẤP CỦA QUÝ VỊ:** Trợ cấp của quý vị vẫn sẽ không thay đổi cho tới khi có quyết định của buổi Điều Trần Công Bằng, nếu quý vị yêu cầu có buổi Điều Trần Công Bằng trước ngày thông báo này có hiệu lực. Tuy nhiên, trong bất kỳ trường hợp nào, trợ cấp phiếu thực phẩm của quý vị cũng không được tiếp tục quá ngày cuối cùng của giai đoạn chứng nhận phiếu thực phẩm của quý vị.

Tôi không muốn trợ cấp của tôi tiếp tục không đổi cho tới khi có quyết định của buổi điều trần.

### BUỔI ĐIỀU TRẦN TIỂU BANG:

**Thời hạn Yêu Cầu:** Nếu muốn Tiểu Bang duyệt xét quyết định của chúng tôi, quý vị phải yêu cầu buổi Điều Trần Công Bằng trong vòng 60 ngày kể từ ngày nhận được bản thông báo này cho các vấn đề về trợ cấp chính phủ, trợ cấp y tế và dịch vụ xã hội, và có 90 ngày cho phiếu thực phẩm.

**Quyền có Buổi Điều Trần Công Bằng:** Nếu quý vị cho rằng (các) thủ tục mà chúng tôi yêu cầu là sai, quý vị có thể yêu cầu có Buổi Điều Trần Công Bằng Tiểu Bang qua điện thoại, bằng cách viết thư, bằng fax hoặc đích thân tới.

**(1) ĐIỆN THOẠI:** (212) 417-6550. (Xin vui lòng có thông báo này khi quý vị gọi.)

- HOẶC -

**(2) VIẾT THƯ:** Gửi một bản sao của thông báo này, với mặt này được điền đầy đủ, tới Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. Xin vui lòng giữ một bản sao cho bản thân quý vị.

**(3) FAX:** Gửi một bản sao của thông báo này với mặt này được điền đầy đủ tới: (518) 436-3355.

**(4) GHÉ QUA:** Mang tới một bản sao của thông báo này, với mặt này được điền đầy đủ, tới Văn Phòng Hội Đồng Người Tàn Tật Và Hỗ Trợ Tạm Thời Tiểu Bang New York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) được ghi dưới đây:  
**14 Boerum Place, Brooklyn  
330 West 34th Street, Manhattan, 3rd floor**

Tôi muốn có một buổi điều trần. Thủ tục của Cơ Quan là không đúng, bởi vì: \_\_\_\_\_

Chữ Ký của Người Tham Gia: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_  
Viết Tên Bằng Chữ In: \_\_\_\_\_ Số Hồ Sơ: \_\_\_\_\_  
Địa Chỉ: \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_  
Thành phố Mã Bưu Chính

Nếu quý vị yêu cầu có buổi Điều Trần Công Bằng, Tiểu Bang sẽ gửi một bản thông báo cho quý vị, thông báo về thời gian và địa điểm của buổi điều trần. Quý vị có quyền được đại diện bởi luật sư, người thân, bạn bè hoặc người khác, hoặc tự đại diện cho mình. Tại buổi Điều Trần Công Bằng, quý vị hoặc người đại diện cho quý vị có cơ hội trình bày bằng chứng bằng văn bản hoặc bằng miệng, chứng minh các tình huống và sự kiện, và chất vấn hoặc bác bỏ bằng chứng được trình bởi cơ quan địa phương. Luật sư của quý vị hoặc người đại diện khác sẽ có cơ hội trình bày bằng chứng bằng văn bản và bằng lời nói để chứng minh tại sao không nên tiến hành thủ tục đó, cũng như có cơ hội để chất vấn bất kỳ người nào có mặt tại buổi điều trần. Đồng thời, quý vị cũng sẽ được quyền mang nhân chứng đến để biện hộ cho quý vị. Quý vị nên mang tới buổi điều trần bất kỳ giấy tờ nào (ví dụ như bản thông báo này, các phiếu lương, biên lai, hóa đơn y tế, giấy tờ chứng nhận, thư từ v.v...) có thể giúp trình bày cho trường hợp của quý vị.

**TRỢ GIÚP PHÁP LÝ:** Nếu quý vị cần trợ giúp pháp lý miễn phí, quý vị có thể có trợ giúp đó bằng cách liên lạc với Hội Tương Trợ Pháp Lý (Legal Aid Society) tại địa phương của quý vị hoặc các nhóm biện hộ pháp lý khác. Quý vị có thể tìm Hội Tương Trợ Pháp Lý hoặc nhóm biện hộ nơi gần nhất bằng cách tra mục "Luật Sư" (Lawyers) trong cuốn niên giám điện thoại Những Trang Vàng của quý vị.

**SỬ DỤNG HỒ SƠ VÀ BẢN SAO CÁC TÀI LIỆU CỦA QUÝ VỊ:** Để giúp quý vị chuẩn bị sẵn sàng cho buổi điều trần, quý vị có quyền xem xét hồ sơ của mình. Nếu quý vị gọi điện hoặc viết thư cho chúng tôi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản sao miễn phí các tài liệu trong hồ sơ của quý vị, mà chúng tôi sẽ trình cho viên chức điều trần tại buổi Điều Trần Công Bằng. Đồng thời, nếu quý vị gọi hoặc viết thư cho chúng tôi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị những tài liệu cụ thể khác trong hồ sơ mà quý vị có thể cần để chuẩn bị cho buổi Điều Trần Công Bằng của mình. Để yêu cầu có tài liệu hoặc tìm hiểu cách xem xét hồ sơ, quý vị hãy gọi số (718) 722-5012, hoặc FAX (718) 722-5018 hoặc viết thư tới HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. Nếu quý vị muốn có bản sao của những tài liệu trong hồ sơ của quý vị, quý vị nên yêu cầu trước. Thông thường, những tài liệu này sẽ được gửi cho quý vị trong vòng ba ngày làm việc kể từ khi quý vị yêu cầu. Nếu quý vị đưa ra yêu cầu dưới năm ngày trước buổi điều trần, các tài liệu trong hồ sơ của quý vị có thể được đưa cho quý vị tại buổi điều trần.



דאטע:

נאמען פון ענין:

נומער פון ענין:

צאל ענינים באהאנדלט:

צענטער:

טעלעפאן נומער צו פארלאנגען א קאנפערענץ:

FH&C

פאר פראגן אדער הילף, רופט אייער ארבעטער אויף דעם  
טעלעפאן נומער דא אונטן.

### מעלדונג וועגן דער כוונה צו ענדערן/ווייטער אנהאלטן אייערע בענעפיטס:

עפנטליכע הילף, שפייז מאַרקעס, און מעדיצינישע הילף דינסטן און דעקונג (Yiddish)

מיט דער מעלדונג וויל מען אייך אנהאלטן און די אגענץ האָט בדעה צו ענדערן אייערע (ע) בענעפיטס (ס). די ענדערונגען ווערן ווייטער דערקלערט, ביי די קוואַדראַטלאַך מיט אַ .

אויב עס איז דאָ אַ צייכן אין דעם קוואַדראַטל, ווערט די ווייטערדיקע האַנדלונג דורכגעפירט ביי דער ווידער באַשטעטיקונג.

**עפנטליכע הילף**

פאַרקלענערן אייער צוטיילונג פון עפנטליכער הילף פון \$ \_\_\_\_\_ אויף \$ \_\_\_\_\_ אָנהויבנדיק דעם \_\_\_\_\_ (נאמען)

די סיבה פון דער האַנדלונג איז אַז דעם: \_\_\_\_\_ (דאטע)

אויב איר רופט ניט אָן די אגענץ פאַר דער גילטיקער דאטע פון דער מעלדונג, וועט דאָס פאַררעכנט ווערן אלס אַ בכוונה צו פאַרלעצונג און אייערע בענעפיטס וועלן פאַרקלענערט ווערן. אויב איר שטעלט זיך אַן איינצומעסן מיט דער אגענץ אייערע ניט רעכטערן ביז איר וועט האָבן די מעגליכקייט צו דערקלערן פאַרוואָס איר האט נישט אויסגעפאלן. עס זיך אַז איר אַראָנט אַר לייכט צו אַטעלן סיטע אַרוואָס מיר וואָלן ניט און ערנעמען די האַנדלונג. מיר וועלן דאָן איבערקוקן אייער דערקלערונג, אינאָנעם מיט וועלכע איר וועט אַרמאַט אַר האַט צו טון מיט דער דאָך, און ער גילטיק באַשטימען. מיר וועלן אייך מעלדן שריפטליך דעם רעזולטאַט פון דעם אינטערניץ. אַ אַב מיר באַשיימען אַז איר האָט נישט רעכט צו אַרמאַט אַר איר גוטער סיטע מיט געהאַלטן אָדער זיך אַפגעזאַגט פון אויסצופאַלן די פאַדערונגען פון פראַגראַם, וועט די מעלדונג אַנולירט ווערן און גאַרניט וועט געטאָן ווערן כדי צו פאַרקלענערן אייערע בענעפיטס. אויב מיר באַשטימען אַז איר האָט בכוונה צו איר אָן אַ גוטער סיבה פאַרפעלט אָדער זיך אַפגעזאַגט פון אויסצופאַלן די פאַדערונגען וואָס האָבן צו טאָן מיט אַרבעטן, וועט איר באַקומען אַן אַנדערע מעלדונג און איר וועט דאָן קענען פאַדערן אַ גערעכטיקן פאַרהער כדי צו איבערקוקן די פאַרגעשלאָגענע פאַרקלענערונג.

די געזעץ (א) און/אדער רעגולאַציע (ס) לויט וועלכע מיר מעגן דאָס אויספירן זיינען 18NYCRR 385.14.

**שפייז מאַרקעס**

פאַרקלענערן אייער צוטיילונג פון עפנטליכער הילף פון \$ \_\_\_\_\_ אויף \$ \_\_\_\_\_ אָנהויבנדיק דעם \_\_\_\_\_

אַפּשטעלן אייער צוטיילונג פון עפנטליכער הילף אָנהויבנדיק דעם \_\_\_\_\_

פאַרגרעסערן אייער צוטיילונג פון עפנטליכער הילף פון \$ \_\_\_\_\_ אויף \$ \_\_\_\_\_ אָנהויבנדיק דעם \_\_\_\_\_

האַלטן אייער צוטיילונג פון עפנטליכער הילף אומגעביטן ביי \$ \_\_\_\_\_

די סיבה פון דער האַנדלונג איז \_\_\_\_\_

די געזעץ (א) און/אדער רעגולאַציע (ס) לויט וועלכע מיר מעגן דאָס אויספירן איז/זיינען: \_\_\_\_\_

**מעדיצינישע הילף**

אַנגיין מיט דער דעקונג פון מעדיצינישער הילף פאַר אַלע מיטגלידער פון אייער הויזגעזינד, אויסער \_\_\_\_\_ (נאמען)

איר וועט פאַרזעצן צו באַקומען אַ מעדיצינישער הילף פּעסטשטעלונג וואָס וועט באַרעכטיקן די ראַידיקע פּערזאָן (ען) צו באַקומען פּולע דינסטן.

אַנגיין מיט דער דעקונג פון מעדיצינישער הילף פאַר אַלע מיטגלידער פון אייער הויזגעזינד ביז מיר וועלן פאַרענדיקן איבערזעצן ווער איז ראַי. מיר וועלן אייך מעלדן אונדזער באַשלוס אין 30 טעג.

די געזעץ (א) און/אדער רעגולאַציע (ס) לויט וועלכע מיר מעגן דאָס אויספירן איז/זיינען: \_\_\_\_\_

**דינסטן:** אַנטוויילנעמער אין סאַציאַלע דינסטן – אויב איר פאַרלירט די בענעפיטס פון עפנטליכער הילף און מעדיצינישער הילף, וועט מען ווידער מוזן באַשטימען צו איר זייט ראַי אין פאַרלויף פון 30 טעג פון דעם באַשלוס. דאָס הייסט ניט דווקא אַז די דינסטן וועלן ווערן אַפגעשטעלט. עס הייסט אַז מען דאַרף ווידער באַשליסן צו איר זייט ראַי ווייטער צו באַקומען די דינסטן. ביטע ווענדט זיך צו אייער סאַציאַלן אַרבעטער פאַר מער אינפאָרמאַציע.

Supervisor/Date/דאטע/אויפזעהער

Telephone Number/נומער/טעלעפאן

Worker/Date/דאטע/אַרבעטער

לויט די כללים מוזט איר תיכף מעלדן דעם דעפארטמענט וועגן יעדער ענדערונג אין אייערע נויטן, הכנסה, מיטלען, ווינונגס פלענער אדער אדרעס. איר האָט דאָס רעכט צו אַפעלירן דעם באַשלוס. מאַכט זיכער צו ליינען די צווייטע זייט פון דעם מעלדונג, וועגן ווי אַזוי צו אַפעלירן דעם דאָזיקן באַשלוס. אַכטונג: אויב איר ווערט אָנגענומען פאַר עפנטליכער הילף, שפייז מאַרקעס אָדער מעדיצינישע הילף, איז מעגליך אז איר זאלט זיין ראוי פאַר אַן אַפּרעכענונג פון אייער טעלעפאָן חשבון. פאַר מער אינפאָרמאַציע וועגן לייפליין (LIFELINE), רופט אָן ווערזיאָן (Verizon) טאַל-פרייע נומער 1(800) 799-6874.

### אינפארמאציע וועגן טרעפונג און גערעכטיקן פארהער

רעכט צו א טרעפונג: אויב איר טראכט אז אונזער באשלוס איז ניט ריכטיק אדער אויב איר פארשטייט ניט אונזער באשלוס, אדער איר ברויכט מער אינפארמאציע וועגן דער אורזאך פון אונזער באשלוס, ביטע רופט די "גערעכטיקע פארהער און טרעפונג אפטיילונג" (ג.פ.ט.) אויפן נומער וואס איר געפינט אויף דער פאדערשטער זייט פון דיזע מעלדונג. איר קענט האבן א טרעפונג כדי צו איבערקוקן די דאזיקע האנדלונגען. אויב איר ווילט א טרעפונג, דארפט איר דאס פארלאנגען וואס פריער. אויב ביי דער טרעפונג וועלן מיר אנטדעקן אז מיר האבן געמאכט א ניט ריכטיקן באשלוס, אדער אויב, א דאנק אינפארמאציע וואס איר וועט אונד צושטעלן, באשטימען מיר צו ענדערן אונזער באשלוס, וועלן מיר טוען וואס איז נויטיק כדי צו פארריכטן וואס מיר האבן געטאן און אייך געבן א נייע מעלדונג. איר קענט פארלאנגען א טרעפונג דורך אנרופן אונד אויפן טעלעפאן נומער אויף דער פאדערשטער זייט פון דער מעלדונג, אדער אונד שיקן א שריפטלעכע ביטע אויף דעם אדרעס וואס איז פארשריבן אויף דער פאדערשטער זייט פון דער מעלדונג. ווערט איר ניט ערלויבט צו האלטן אייערע בענעפיטס די זעלבע ווי פריער. כדי צו קענען האלטן פארלאנגען א גערעכטיקן פארהער. אויב איר פארלאנגט א טרעפונג, ווערט איר גענוצט נאר אויף צו פארלאנגען א טרעפונג. דאס איז ניט דער וועג אויף צו די זעלבע בענעפיטס, מוזט איר פארלאנגן א גערעכטיקן פארהער. אויב איר פארלאנגט א טרעפונג, זייט איר נאך בארעכטיקט צו א גערעכטיקן פארהער. אפילו אויב איר פארלאנגט א טרעפונג, האט איר פארט נאר 60 טעג פון דער דאטע פון דיזע מעלדונג צו פארלאנגן א גערעכטיקן פארהער פאר עפנטליכע הילף, מעדיצינישע הילף און סאציאלע באדינונגען פראגעס און 90 טעג פאר שפייז מארקעס. לעזט דאס ווייטערדיקע כדי צו וויסן מער אינפארמאציע וועגן א גערעכטיקן פארהער. האלטן אייערע בענעפיטס די זעלבע: אייערע בענעפיטס וועלן ווייטער געגעבן ווערן ביז א גערעכטיקער פארהער באשלוס וועט ארויס געגעבן ווערן אויב איר פארלאנגט א גערעכטיקן פארהער בעפאר די גילטיקע דאטע פון דער מעלדונג. פארט אבער, אונטער קיין שום פאל וועלן אייערע שפייז מארקעס בענעפיטס ווייטער אנגייען נאך די לעצטע דאטע פון אייערע שפייז מארקעס סערטיפיצירונג פעריאדע.

איך וויל ניט די פארזעצונג פון מייערע בענעפיטס אומגעטוישט ביז דער פארהער באשלוס ווערט ארויס געגעבן.

#### שטאט גערעכטיקן פארהער

לעצטע דאטע פאר דער פאדערונג: אויב איר ווילט אז דער שטאט זאל איבערקוקן אונזער באשלוס, מוזט איר פארלאנגען א גערעכטיקן פארהער ביז 60 טעג פונעם דאטע פון דיזע מעלדונג פאר עפנטליכע הילף, מעדיצינישע הילף און סאציאלע באדינונגען פראגעס און 90 טעג פאר שפייז מארקעס פראגעס. רעכט צו א גערעכטיקן פארהער: אויב איר גלויבט אז די האנדלונג(ן) וואס מיר נעמען איז (זיינען) ניט ריכטיק. קענט איר פארלאנגען דעם שטאטליכן גערעכטיקן פארהער, טעלעפאניש, שריפטלעך דורך דעם פאקס אדער פערזענלעך.

(1) טעלעפאן: (212) 417-6550. (זייט אזוי גוט, האלט ביי זיך די מעלדונג ווען איר רופט).

- אדער -

(2) שרייבט: שיקט א קאפיע פון דער מעלדונג - אויפלייגן די זייט - צו:

Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1900, Albany, NY 12201

ריטע הילף זיך אליין א קאפיע.

- אדער -

(3) פאקס: שיקט א קאפיע פון דער מעלדונג - אויפלייגן די זייט - צו: (718) 473-7300.

- אדער -

(4) פערזענלעך: ברענגט א קאפיע פון דער מעלדונג - אויפלייגן די זייט - צו איינע פון די ביוראען פאר צייטווייליקער און אימוואלידן הילף פון דער שטאט פון ניו יארק פון דער ליסטע ווייטער:

**14 Boerum Place, Brooklyn**

**330 West 34th Street, Manhattan, 3rd floor**

איך וויל א גערעכטיקן פארהער. די האנדלונג פון די אגענץ איז ניט ריכטיק ווייל:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אונטערשריפט פון אנטוילנעמער: \_\_\_\_\_ דאטע: \_\_\_\_\_

נאמען אין דרוק אותיות: \_\_\_\_\_ פאל נומער: \_\_\_\_\_

אדרעס: \_\_\_\_\_ טעלעפאן נומער: \_\_\_\_\_

זיפ קאד

שטאטטייל

אויב איר פארלאנגט א גערעכטיקן פארהער, וועט דער שטאט אייך שיקן א מעלדונג אינפארמינדיג אייך ווען און ווי עס וועט פארקומען. איר האט דאס רעכט רעפרעזענטירט צו זיין דורך אן אדוואקאט, א קרוב, א פריינט אדער אן אנדערן פערזאן, אדער זיך אליין רעפרעזענטירן. ביי דעם פארהער, וועט איר אדער אייער פארשטייער האבן די געלעגנהייט צוזושטעלן באווייזן, סיי שריפטלעך און סיי בעל פה, באשטימען פאקטן און אומשטענדן, און אויסצופרעגן אדער אפצולייקענען באווייזן וואס די לאקאלע אגענטור טוט פערזענטירן. אייער אדוואקאט אדער אן אנדערער פארשטייער וועט האבן די געלעגנהייט צו פערזענטירן באווייזן סיי שריפטלעך און סיי בעל פה, כדי צו ווייזן פארוואס די דאזיקע האנדלונג זאל ניט אויסגעפירט ווערן, און אויך א געלעגנהייט אויסצופרעגן יעדן אנדערן מענטשן וואס וועט זיין ביי דעם פארהער. איר האט אויך דאס רעכט צו ברענגן עדות וואס זאלן אויפטרעטן אין אייער טובה. ברענגט צו דעם פארהער יעדער דאקומענט (צום ביישפיל, די דאזיקע מעלדונג, געהאלט צעטלעך, קבלות, חשבונות פאר מעדיצינישער הילף, קאנטראלן, בריוו, אא"וו) וואס קען אייך ביייהילפג זיין אין פערזענטירן אייער ענין.

לעגאלע הילף: אויב איר דארפט אומזיסטע לעגאלע הילף, איז עס מעגליך איר זאלט באקומען די הילף דורך פארבינדן זיך מיט אייער יוגער געזעלשאפט פאר לעגאלער הילף אדער אן אנדערע גרופע פון לעגאלע הילף. כדי צו עפונען די נאענטע געזעלשאפט פאר לעגאלער הילף, אדער גרופע פון אדוואקאטן, זוכט אין די געלע זייטן פון טעלעפאן בוך, ביי "אדוואקאטן" ("Lawyers").

צוגאנג צו אייערע טעקעס און קאפיעס פון דאקומענטן: כדי אייך צו העלפן זיך צוגרייטן צו דער פארהער, האט איר דאס רעכט צו איבערקוקן די טעקעס וועגן אייער פאל. אויב איר רופט אדער שרייבט אונד, וועלן מיר אייך שיקן אומזיסטע קאפיעס פון די דאקומענטן אין אייערע טעקעס, וועלכע מיר וועלן צושטעלן פארן פארהער אפיציר ביים גערעכטיקן פארהער. נאך א זאך, אויב איר רופט אדער שרייבט אונד, וועלן מיר אייך שיקן אומזיסטע קאפיעס פון אנדערע ספעציפישע דאקומענטן פון אייערע טעקעס, וועלכע איר קלערט אז זיי זיינען אייך אפשר נויטיק פאר דעם גערעכטיקן פארהער. כדי צו פארלאנגען די דאקומענטן, אדער כדי צו וויסן ווי אזוי צו איבערקוקן די טעקע, רופט (718) 722-5012, אדער פאקס (718) 722-5018 אדער שרייבט צו, HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.

ווערן צו אייך ביז 3 ארבעטס טעג פון ווען איר ווילט קאפיעס פון דאקומענטן פון אייער פאל טעקע, זאלט איר דאס פארלאנגן פריצייטיק. געווענליך וועלן זיי געשיקט פאל טעקעס אייך געגעבן ווערן ביי אייער פארהער.