



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 #04-112-OPE

REVISION OF SELECTED FORMS CONTAINING CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION

Date: June 29, 2004	Subtopic(s): Forms
<input type="checkbox"/> This procedure can now be accessed on the FIAweb.	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff that selected forms providing Conference and Fair Hearing information for applicants/participants have been revised.</p> <p>These revisions include:</p> <ul style="list-style-type: none">• The Albany, NY telephone number of the Office of Administrative Hearings (OAH) of the New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) for applicants/participants to call for a Fair Hearing has been replaced by a toll-free telephone number, (800) 342-3334.• Applicants/participants can now request a Fair Hearing by completing an online request form at the Web site address of the Office of Administrative Hearings, indicated below: <u>http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp</u>• Information regarding the method of requesting a Fair Hearing Conference was added: "If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline."• Forms meeting Local Law 73 requirements (which mandates HRA to translate all City-generated documents that affect applicant/participant benefits into five additional languages) are now designated with "LLF" in the form header.

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*

Distribution: X

- The multilingual form indicator "MLF" was added to food stamp related notices which are required to be translated into eight additional languages under the Ramirez lawsuit and removed from forms where the designation is not warranted.
- Form header labels (face) and (reverse) were replaced with corresponding page numbers.
- Information regarding the request to continue benefits was added: "Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same."

Additional changes were made as follows:

- The regulation cited in the Notification of Decision on Waiver to Allow Temporary Delay In Public Assistance Requirement(s) (Adequate Only) (**M-322f**) was updated from 18 NYCRR § 351.2(l)(7) to 18 NYCRR § 351.2(l)(7), 351.23.
- The regulation cited in the Notification of Decision on a Continuation of Waiver to Allow a Temporary Delay in Public Assistance Requirement(s) (Timely and Adequate) (**M-322g**) Waiver Continuation Approved section was updated from 18 NYCRR § 352.1(l)(7) to 18 NYCRR § 351.2(l)(7).
- The Notice of Intent to Discontinue Food Stamp Benefits (Timely) (**W-129S**), originally a bilingual English and Spanish form, has been converted into separate English and Spanish versions (**W-129S** and **W-129S [S]**). In addition, the Cost of Living Adjustment (COLA) rate was updated to 2.1% for the year 2004.
- The **W-130Y** was revised as follows:
 - The title has changed from Notice of Adverse Action Reduction of Allotment to Recover Over-Issuance to Notice of Intent to Reduce Food Stamp Benefits to Recover Overissuance (Timely and Adequate).
 - The language allowing recipients of an overissuance of Food Stamp Benefits to sign a Cash Repayment Agreement was removed.
 - The regulation 18 NYCRR § 387.19 was cited.
- Language referencing the budget calculation sheet enclosure was added to the Notice of Action Taken on Underpayment Claim (**W-147C**).

Copies of each revised form are attached.

Note: Information on participants' right to continue existing public assistance, food stamps, medical assistance and/or social service benefits are not required on non-aid-continuing Fair Hearing forms.

Effective Immediately

Attachments:

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

M-322f	Notification of Decision on Waiver to Allow a Temporary Delay In Public Assistance Requirement(s) (Adequate Only) (Rev. 6/29/04)
M-322f (S)	Notification of Decision on Waiver to Allow a Temporary Delay In Public Assistance Requirement(s) (Adequate Only) (Spanish) (6/29/04)
M-322g	Notification of Decision on a Continuation of Waiver to Allow a Temporary Delay in Public Assistance Requirement(s) (Timely and Adequate) (Rev. 6/29/04)
M-322g (S)	Notification of Decision on a Continuation of Waiver to Allow a Temporary Delay in Public Assistance Requirement(s) (Timely and Adequate) (Spanish) (Rev. 6/29/04)
W-129S	Notice of Intent to Discontinue Food Stamp Benefits (Timely) (Rev. 6/29/04)
W-129S (S)	Notice of Intent to Discontinue Food Stamp Benefits (Timely) (Spanish) (Rev. 6/29/04)
W-130Y	Notice of Intent to Reduce Food Stamp Benefits to Recover Overissuance (Timely and Adequate) (Rev. 6/29/04)
W-130Y (S)	Notice of Intent to Reduce Food Stamp Benefits to Recover Overissuance (Timely and Adequate) (Spanish) (Rev. 6/29/04)
W-147C	Notice of Action Taken on Underpayment Claim (Rev. 6/29/04)
W-147C (S)	Notice of Action Taken on Underpayment Claim (Spanish) (Rev. 6/29/04)



Notice Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Caseload: _____

Worker Telephone Number: _____

FH&C Telephone Number: _____

**Notice of Decision on Waiver to Allow a Temporary Delay
in Public Assistance Requirement(s) (Adequate Only)**

Fold Here

Fold Here

The Agency's decision(s) regarding your assistance program(s) is/are explained below, next to the checked box(es) ☒

PUBLIC ASSISTANCE

This is to inform you of our decision regarding a temporary waiver to allow you a temporary delay in meeting certain public assistance requirements. The temporary waiver was requested because you believe that compliance with the requirement(s) will make it more difficult for you and your children to escape from domestic violence, or will subject you or your children to further risk of domestic violence.

WAIVER APPROVED

☐ **CHILD SUPPORT ENFORCEMENT REQUIREMENTS:** You have been granted a temporary waiver from child support enforcement requirements. You do not have to cooperate with location, paternity establishment, support establishment or support enforcement activities. This waiver remains in effect until _____

(date)

☐ **EMPLOYMENT REQUIREMENTS:** You have been granted a temporary waiver from employment requirements. You do not have to cooperate with any employment requirements while this waiver is in effect. This waiver remains in effect until _____

(date)

☐ **DRUG OR ALCOHOL TREATMENT REQUIREMENTS:** You have been granted a temporary waiver from drug or alcohol treatment requirements. You do not have to cooperate with drug or alcohol treatment requirements while this waiver is in effect. This waiver remains in effect until _____

(date)

☐ **OTHER PROGRAM REQUIREMENTS:** You have been granted a temporary waiver from the following Public Assistance program requirements: _____

_____. You do not have to cooperate with those requirements while the waiver is in effect. This waiver is in effect until _____

(date)

The above decision(s) is/are based on 18 NYCRR § 351.2 (l) (7), 351.23.

WAIVER DENIED

☐ **CHILD SUPPORT ENFORCEMENT REQUIREMENTS:** The Domestic Violence Liaison has reviewed your situation and has determined that you do not qualify for a waiver from child support cooperation requirements based on the guidelines established under Domestic Violence procedures. (You may STILL claim good cause for refusal to cooperate with child support enforcement requirements. A decision about that claim would be made using different standards. You may talk to your JCS/Worker if you want information about how to claim good cause for failure to cooperate with child support cooperation requirements.)

☐ **EMPLOYMENT REQUIREMENTS:** The Domestic Violence Liaison has reviewed your situation and has determined that you do not qualify for a waiver from employment requirements based on the guidelines established under Domestic Violence procedures.

☐ **DRUG OR ALCOHOL TREATMENT REQUIREMENTS:** The Domestic Violence Liaison has reviewed your situation and has determined that you do not qualify for a waiver from drug or alcohol treatment requirements based on the guidelines established under Domestic Violence procedures.

☐ **OTHER PROGRAM REQUIREMENTS:** The Domestic Violence Liaison has reviewed your situation and has determined that you do not qualify for a waiver from the following program requirements based on the guidelines established under Domestic Violence procedures: _____

DENIAL reason(s) (specify): _____

The above decision(s) is/are based on 18 NYCRR § 351.2 (l) (7), 351.23.

JCS/Worker

Date

Supervisor

Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION
SECTION OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on page 1 of this notice or write to us at the address on page 1 of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call (800) 342-3334. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section 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.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: (518) 473-5735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/otah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the 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 the 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 files. If you call, write or fax 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, write or fax us, we will send you free copies of 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, fax (718) 722-5018 or write to HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. If you want copies of your 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.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number and/or address listed on the front of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Continuing Your Benefit(s): If you request a Fair Hearing within 10 days of the date of this notice, you will not have to comply with the requirement(s) for which a waiver was denied unless and until a Fair Hearing decision is issued which finds that the waiver was correctly denied.

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

☐ I do not want to keep my benefits the same until the Fair Hearing decision is issued.

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for public assistance issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

☐ I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: _____ Case Number: _____
Address: _____ Telephone Number: _____
Street: _____ Apt. # _____ City _____ State _____ Zip Code _____
Signature: _____ Date: _____



Fecha del Aviso: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Unidad del Caso: _____

Núm. de Tel. del Trabajador: _____

Núm. de Tel. de FH&C: _____

Fold Here

**Aviso de la Decisión respecto a la Dispensa que Retrase Temporalmente
el/los Requisito(s) de Asistencia Pública (Soló Adecuado)**

Fold Here

La(s) decisión(es) de la Agencia con respecto a su(s) programa(s) se explica(n) más abajo, junto a la(s) casilla(s) marcada(s) ☒

ASISTENCIA PÚBLICA

Por el presente aviso le informamos de nuestra decisión respecto a una dispensa para permitirle un plazo temporal en el cumplimiento de ciertos requisitos de asistencia pública. La dispensa temporal se solicitó debido a que usted considera que el cumplir con el/los requisito(s) le dificultará a usted y a sus hijos escapar de la violencia doméstica, o les someterá a un riesgo adicional de violencia doméstica.

DISPENSA APROBADA

☐ **REQUISITOS DE EJECUCIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS:** Se le ha concedido una dispensa temporal respecto a los requisitos de ejecución de la manutención de niños. Usted no tiene que cooperar con las actividades de ubicación, establecimiento de paternidad, establecimiento de manutención o ejecución de manutención. Esta dispensa permanecerá en vigor hasta el _____
(fecha)

☐ **REQUISITOS DE EMPLEO:** Se le ha concedido una dispensa temporal de los requisitos de empleo. Usted no tiene que cooperar con ninguno de los requisitos de empleo mientras esta dispensa permanezca en vigor. Esta dispensa permanecerá en vigor hasta el _____
(fecha)

☐ **REQUISITOS DE TRATAMIENTO PARA ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN:** Se le ha concedido una dispensa temporal respecto a requisitos de tratamiento para alcoholismo o drogadicción. Usted no tiene que cooperar con los requisitos de tratamiento para alcoholismo o drogadicción mientras la dispensa esté en vigor. Esta dispensa permanecerá en vigor hasta el _____
(fecha)

☐ **OTROS REQUISITOS DEL PROGRAMA:** Se le ha concedido una dispensa temporal de los siguientes requisitos del programa de asistencia pública: _____

_____. Usted no tiene que cooperar con esos requisitos mientras que la dispensa esté en vigor. La dispensa permanecerá en vigor hasta el _____
(fecha)

La(s) decisión(es) más arriba se basa(n) en 18 NYCRR § 351.2 (l) (7), 351.23.

DISPENSA DENEGADA

☐ **REQUISITOS DE EJECUCIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS:** El Enlace de Violencia Doméstica (the Domestic Violence Liaison) ha repasado su situación y ha determinado que usted no tiene derecho a una dispensa de los requisitos de cooperación de manutención de niños según las pautas establecidas conforme a los procedimientos de Violencia Doméstica. (Usted AÚN puede afirmar que tiene causa válida por rehusarse a cooperar con los requisitos de ejecución de manutención de niños. La decisión respecto a dicha afirmación se tomará de acuerdo a normas diferentes. Usted puede hablar con su JOS/Trabajador si desea información sobre cómo afirmar que tiene causa válida por no cumplir los requisitos de cooperación de manutención de niños.)

☐ **REQUISITOS DE EMPLEO:** El Enlace Violencia Doméstica ha repasado su situación y ha determinado que usted no tiene derecho a una dispensa respecto a los requisitos de empleo según las pautas establecidas por los procedimientos de Violencia Doméstica.

☐ **REQUISITOS DE TRATAMIENTO PARA ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN:** El Enlace de Violencia Doméstica ha repasado su situación y ha determinado que usted no tiene derecho a una dispensa respecto a los requisitos de tratamiento para alcoholismo o drogadicción según las pautas establecidas por los procedimientos de Violencia Doméstica.

☐ **OTROS REQUISITOS DEL PROGRAMA:** El Enlace de Violencia Doméstica ha repasado su situación y ha determinado que usted no tiene derecho a una dispensa respecto a los siguientes requisitos del programa según las pautas establecidas por los procedimientos de Violencia Doméstica: _____

Razón(es) por la denegación (especifique): _____

La(s) decisión(es) más arriba se basa(n) en 18 NYCRR § 351.2 (l) (7), 351.23.

JOS/Trabajador

Fecha

Supervisor

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la primera página de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la primera página de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al (800) 342-3334. (Favor de tener este aviso a mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada al número: (518) 473-6735.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a la Oficina de Audiencias Administrativas, Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance a cualquiera de las siguientes direcciones: 14 Boerum Place, Brooklyn; o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Que Puede Esperar de La Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informe de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarlo a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratis, 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 la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía mas cercano buscando en las páginas amarillas bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarlo a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsimil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsimil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al (718) 722-5012, por facsimil al (718) 722-5018 o escriba a: HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, estas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pide. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, como pedir una Audiencia Imparcial, como revisar su archivo o como obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la parte delantera de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Mantenimiento de Sus Beneficios: Si usted solicita una Audiencia Imparcial dentro de 10 días de la fecha de este aviso, no tendrá que cumplir lo(s) requisito(s) por los cuales se denegó la dispensa, a menos y hasta que se emita una decisión por parte de la Audiencia Imparcial que determine que la dispensa fue denegada de modo justificado.

Favor de recordar que si sólo solicita una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial, dentro del plazo de tiempo indicado en la sección Mantenimiento de Sus Beneficios, sus beneficios no permanecerán sin cambios.

Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una audiencia imparcial o, si usted envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

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

Fecha Límite:

Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública.

Si no logra comunicarse con la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

☐ Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la agencia es errónea porque:

Nombre en Letras de Molde:

Número de Caso:

Dirección:

Calle

Núm. del
Apto.

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono:

Firma del Solicitante:

Fecha:



Notice Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Caseload: _____

Worker Telephone Number: _____

FH&C Telephone Number: _____

Notification of Decision on a Continuation of Waiver to Allow a Temporary Delay in Public Assistance Requirement(s) (Timely and Adequate)

Fold Here

Fold Here

The Agency's decision(s) regarding your assistance program(s) is/are explained below, next to the checked box(es) ☒.

PUBLIC ASSISTANCE

This is to inform you of our decision regarding a continuation of the waiver to allow a temporary delay in certain Public Assistance requirements. This waiver was requested because you believe that compliance with the requirement(s) will make it more difficult for you and your children to escape from domestic violence, or will subject you or your children to further risk of domestic violence.

WAIVER CONTINUATION APPROVED:

☐ **CHILD SUPPORT ENFORCEMENT REQUIREMENTS:** You have been granted a continuation of the temporary waiver from child support enforcement requirements. You do not have to cooperate with location, paternity establishment, support establishment or support enforcement activities. This waiver remains in effect until _____ (date)

☐ **EMPLOYMENT REQUIREMENTS:** You have been granted a continuation of the temporary waiver from employment requirements. You do not have to cooperate with any employment requirements while this waiver is in effect. This waiver remains in effect until _____ (date)

☐ **DRUG OR ALCOHOL TREATMENT REQUIREMENTS:** You have been granted a continuation of the temporary waiver from drug or alcohol treatment requirements. You do not have to cooperate with drug or alcohol treatment requirements while this waiver is in effect. This waiver remains in effect until _____ (date)

☐ **OTHER PROGRAM REQUIREMENTS:** You have been granted a continuation of the temporary waiver from the following public assistance program requirement(s): _____

_____ You do not have to cooperate with these requirements while this waiver is in effect. This waiver remains in effect until _____ (date)

PLEASE NOTE: Because the program requirements are intended to help individuals and families become financially independent, it is important that you work with the Domestic Violence Liaison (DVL) so that you will be able to meet the program requirements as soon as possible.

Additional Information: _____

The above decision(s) is/are based on 18 NYCRR § 351.2 (l) (7).

WAIVER CONTINUATION DENIED: The following waiver will end on _____ (date)

☐ **CHILD SUPPORT REQUIREMENTS:** The Domestic Violence Liaison has reviewed your situation and has determined that you do not qualify for a continuation of the waiver from child support cooperation requirements based on the guidelines established under Domestic Violence procedures. (You may STILL claim good cause for refusal to cooperate with child support enforcement requirements. A decision about that claim would be made using different standards. You may talk to your JWS/Worker if you want information about how to claim good cause for failure to cooperate with child support cooperation requirements.)

☐ **EMPLOYMENT REQUIREMENTS:** The Domestic Violence Liaison has reviewed your situation and has determined that you do not qualify for a continuation of the waiver from employment requirements based on the guidelines established under the Domestic Violence procedures.

☐ **DRUG OR ALCOHOL TREATMENT REQUIREMENTS:** The Domestic Violence Liaison has reviewed your situation and has determined that you do not qualify for a continuation of the waiver from drug or alcohol treatment requirements based on the guidelines established under the Domestic Violence procedures.

☐ **OTHER PROGRAM REQUIREMENTS:** The Domestic Violence Liaison has reviewed your situation and has determined that you do not qualify for a continuation of the waiver from the following program requirements based on the guidelines established under the Domestic Violence procedures: _____

Denial reason(s): _____

The above decision(s) is/are based on 18 NYCRR § 351.2 (l) (7).

JWS/Worker

Date

Supervisor

Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION
SECTION OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call (800) 342-3334. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section 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.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: (518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the 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 the 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 files. If you call, write or fax 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, write or fax us, we will send you free copies of 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, fax (718) 722-5018 or write to HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. If you want copies of your 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.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number and/or address listed on the front of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Continuing Your Benefit(s): If you request a Fair Hearing by the date that the waiver(s) end(s), you will not have to comply with the requirement(s) for which a waiver was denied unless and until a Fair Hearing decision is issued which finds that the waiver was correctly denied.

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

☐ I do not want to keep my benefits the same until the Fair Hearing decision is issued.

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for public assistance issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

☐ I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: _____ Case Number: _____

Address: _____ Telephone Number: _____

Street Apt. No. City State Zip Code

Signature: _____ Date: _____



Fecha del Aviso: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Unidad del Caso: _____
Núm. de Tel. del Trabajador: _____
Núm. de Tel. de FH&C: _____

**Aviso de la Decisión respecto a la Continuación de la Dispensa que Retrase
Temporariamente el/los Requisito(s) de Asistencia Pública (A Tiempo Definido y Adecuado)**

La(s) decisión(es) de la Agencia con respecto a su(s) programa(s) se explica(n) más abajo, junto a la(s) casilla(s) marcada(s) ☒.

ASISTENCIA PÚBLICA

Por el presente aviso le informamos de que de nuestra decisión respecto a una continuación de la dispensa para permitirle un plazo temporario en el cumplimiento de ciertos requisitos de asistencia pública. La dispensa temporaria se solicitó debido a que usted considera que el cumplir con el/los requisito(s) le dificultará a usted y a sus hijos escapar de la violencia doméstica, o les someterá a un riesgo adicional de violencia doméstica.

CONTINUACIÓN DE LA DISPENSA APROBADA

- ☐ **REQUISITOS DE EJECUCIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS:** Se le ha concedido una continuación de la dispensa temporaria respecto a los requisitos de ejecución de la manutención de niños. Usted no tiene que cooperar con las actividades de ubicación, establecimiento de paternidad, establecimiento de manutención o ejecución de manutención. Esta dispensa permanecerá en vigor hasta el _____ (fecha).
- ☐ **REQUISITOS DE EMPLEO:** Se le ha concedido una continuación de la dispensa temporaria de los requisitos de empleo. Usted no tiene que cooperar con ninguno de los requisitos de empleo mientras esta dispensa permanezca en vigor. Esta dispensa permanecerá en vigor hasta el _____ (fecha).
- ☐ **REQUISITOS DE TRATAMIENTO PARA ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN:** Se le ha concedido una continuación de la dispensa temporaria respecto a requisitos de tratamiento para alcoholismo o drogadicción. Usted no tiene que cooperar con los requisitos de tratamiento para alcoholismo o drogadicción mientras la dispensa esté en vigor. Esta dispensa permanecerá en vigor hasta el _____ (fecha).
- ☐ **OTROS REQUISITOS DEL PROGRAMA:** Se le ha concedido una continuación de la dispensa temporaria de los siguientes requisitos del programa de asistencia pública: _____

Usted no tiene que cooperar con estos requisitos mientras que la dispensa esté en vigor. La dispensa permanecerá en vigor hasta el _____ (fecha).

FAVOR DE NOTAR: Dado que los requisitos del programa están encaminados a ayudar a las personas y familias a lograr la independencia económica, es importante que usted colabore con el Enlace de Violencia Doméstica (Domestic Violence Liaison - DVL) de manera que pueda cumplir los requisitos del programa tan pronto posible.

Información Adicional: _____

La(s) decisión(es) más arriba se basa(n) en 18 NYCRR § 351.2 (i) (7).

CONTINUACIÓN DE LA DISPENSA DENEGADA: La siguiente dispensa terminará el _____ (fecha).

- ☐ **REQUISITOS DE EJECUCIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS:** El Enlace de Violencia Doméstica (the Domestic Violence Liaison) ha repasado su situación y ha determinado que usted no tiene derecho a una continuación de la dispensa de los requisitos de cooperación de manutención de niños según las pautas establecidas conforme a los procedimientos de Violencia Doméstica. (Usted AÚN puede afirmar que tiene causa válida por rehusarse a cooperar con los requisitos de ejecución de manutención de niños. La decisión respecto a dicha afirmación se tomaría de acuerdo a normas diferentes. Usted puede hablar con su JOS/Trabajador si desea información sobre cómo afirmar que tiene causa válida por no cumplir los requisitos de cooperación de manutención de niños.)
- ☐ **REQUISITOS DE EMPLEO:** El Enlace de Violencia Doméstica ha repasado su situación y ha determinado que usted no tiene derecho a una dispensa respecto a los requisitos de empleo según las pautas establecidas por los procedimientos de Violencia Doméstica.
- ☐ **REQUISITOS DE TRATAMIENTO PARA ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN:** El Enlace de Violencia Doméstica ha repasado su situación y ha determinado que usted no tiene derecho a una continuación de la dispensa respecto a los requisitos de tratamiento para alcoholismo o drogadicción según las pautas establecidas por los procedimientos de Violencia Doméstica.
- ☐ **OTROS REQUISITOS DEL PROGRAMA:** El Enlace de Violencia Doméstica ha repasado su situación y ha determinado que usted no tiene derecho a una continuación de la dispensa respecto a los siguientes requisitos del programa según las pautas establecidas por los procedimientos de Violencia Doméstica: _____

Razón(es) por la denegación (especifique): _____

La(s) decisión(es) más arriba se basa(n) en 18 NYCRR § 351.2 (i) (7).

JOS/Trabajador

Fecha

Supervisor

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la primera página de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la primera página de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al (800) 342-3334. (Favor de tener este aviso a mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201.
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada al número: (518) 473-8735.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a la Oficina de Audiencias Administrativas, Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance a cualquiera de las siguientes direcciones: 14 Boerum Place, Brooklyn; o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/eah/forms.asp>

Que Puede Esperar de La Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informa de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de pago, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratis, 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 la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las páginas amarillas bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsimil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsimil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al (718) 722-5012, por facsimil al (718) 722-5018 o escriba a: HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, estas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pide. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrán entregar el día de la audiencia.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, como pedir una Audiencia Imparcial, como revisar su archivo o como obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la parte delantera de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Mantenimiento de Sus Beneficios: Si usted solicita una Audiencia Imparcial para la fecha en que la(s) dispensa(s) termina(n), no tendrá que cumplir lo(s) requisito(s) por los cuales se denegó la dispensa, a menos y hasta que se emita una decisión por parte de la Audiencia Imparcial que determine que la dispensa fue denegada de modo justificado.

Favor de recordar que si solo solicita una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial, dentro del plazo de tiempo indicado en la sección Mantenimiento de Sus Beneficios, sus beneficios no permanecerán sin cambios.

Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una audiencia imparcial o, si usted envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

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

Fecha Límite:

Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública.

Si no logra comunicarse con la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

☐ Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la agencia es errónea porque:

Nombre en Letras de Moldre: _____				Número de Caso: _____	
Dirección: _____				Número de Teléfono: _____	
Calle	Núm. de Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal	
Firma del Solicitante: _____				Fecha: _____	



Notice Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Caseload: _____

Worker Telephone Number: _____

FH&C Telephone Number: _____

Notice of Intent to Discontinue Food Stamp Benefits (Timely)

Fold Here

Fold Here

The Agency's decision(s) regarding your assistance program(s) is/are explained below:

FOOD STAMPS

This is to inform you that we intend to discontinue your Food Stamp Benefits effective _____. The reason we are taking this action is as follows: (date)

Beginning January 2004, Social Security, SSI benefits and veterans' benefits have been increased by 2.1% due to the Cost of Living Adjustment (COLA). If you are in receipt of any of these federal benefits, this increase in income to your household must be considered in determining your Food Stamp Benefit level. If you are in receipt of both Social Security and SSI, and your SSI benefit was reduced by the Social Security benefit increase, that income change must also be considered in determining your Food Stamp Benefits.

The financial fact sheet in the section "Your Financial Facts Currently on File" shows your new Food Stamp amount and all the income information on your file that was used to calculate your new Food Stamp amount. We have enclosed Food Stamp budget worksheets which you can use to check whether we have correctly determined your net Food Stamp income. See 18 NYCRR § 387.10, § 387.12 and § 387.15.

JOS/Worker

Date

Supervisor

Date

YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION
SECTION OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

Your Financial Facts Currently on File

Previous Net Food Stamp Income

Previous Monthly FS Allotment

New Net Food Stamp Income

New Monthly FS Allotment

A. Monthly Income

1a. Monthly gross income from employment or training	
b. Monthly net income from self-employment	
c.	
2a. Net monthly income from boarder(s)	
b. Net monthly income from lodger(s)	
3. Total of lines 1 and 2	
4a. Monthly gross unearned income	
b.	
c.	
5. Monthly income from educational loans/scholarships	
6. Total of lines 3, 4 and 5	A. \$

B. Deductions

7. 20% of line 3	
8. Standard deductions – monthly	
9. Monthly child care/dependent care costs (maximum \$200.00 per child/dependent under 2 years or \$175.00 per child over 2 years)	
9a. Monthly legally obligated child support payment	
10. Monthly automatic recoupment (from public assistance grant)	
10a. Monthly homeless shelter deduction (\$143.00) or actual expense, whichever is greater	
11. Monthly tuition and mandatory fees	
12a. Monthly medical expense (less \$35 deductible)	
b.	
13. Total of lines 7, 8, 9, 9a, 10, 10a, 11 and 12	B. \$

C. Adjusted Income

14. Subtract B from A (line 13 from line 6)	C. \$
---	-------

D. Shelter Costs

15. Monthly rent or mortgage billed to household (for public assistance hotel emergency/shelter cases enter maximum shelter allowance for family size)	
16. Monthly heating expense	
17. Monthly utility expense	
18. Monthly telephone expense	
19. Other monthly shelter allowance (real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)	
20. Total of lines 15, 16, 17, 18 and 19	D. \$

E. Food Stamp Net Income

21. Excess shelter deduction (line 20 minus 1/2 of line 14)	
22. Monthly net Food Stamp income (subtract line 21 from line 14)	
23. Monthly coupon amount	E. \$

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on page 1 of this notice or write to us at the address on page 1 of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call (800) 342-3334. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section 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.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: (518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either:
14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the 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 the 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 files. If you call, write or fax 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, write or fax us, we will send you free copies of 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, fax (718) 722-5018 or write to HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. If you want copies of your 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.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on page 1 of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Continuing Your Benefit(s): Your benefits will continue unchanged, until a Fair Hearing decision is issued, if you ask for a Fair Hearing before the effective date stated in this notice. However, Food Stamp benefits cannot be continued beyond the last date of your Food Stamp certification period if you failed to recertify your Food Stamp case (see 18 NYCRR § 358-3.6).

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision. If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

☐ I do not want to keep my benefits the same until the Fair Hearing decision is issued.

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within ninety (90) days from the date of the notice for Food Stamp issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

☐ I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: _____

Case Number: _____

Address: _____

Street

Apt #

City

State

Zip Code

Telephone Number: _____

Signature: _____

Date: _____



Fecha del Aviso: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Unidad de Casos: _____

Núm. de Tel. del Trabajador: _____

Núm. de Tel. de FH&C: _____

Aviso de la Intención de Discontinuar los Beneficios de Cupones para Alimentos (A Tiempo Definido)

Plegue Aquí

La(s) decisión(es) de la Agencia con respecto a su(s) programas(s) se explica(n) más abajo:

Plegue Aquí

CUPONES PARA ALIMENTOS

Por el presente le informamos de que tenemos la intención de discontinuar sus Beneficios de Cupones para Alimentos a partir de _____ (fecha). Hemos tomado esta medida por la siguiente razón:

A partir de enero 2004 los beneficios de Seguro Social, de SSI y de veteranos han sido aumentados por un 2.1% debido al Reajuste por Variación del Costo de Vida (Cost of Living Adjustment – COLA). Si usted recibe cualquiera de estos beneficios federales, este aumento en el ingreso de su hogar debe tomarse en cuenta en el cálculo del nivel de sus beneficios de Cupones para Alimentos. Si usted recibe ambos beneficios de Seguro Social y de SSI, y su beneficio de SSI fue reducido por el aumento en el beneficio de Seguro Social, también debe tomarse en cuenta tal cambio en el ingreso a la hora de calcular sus Beneficios de Cupones para Alimentos.

La hoja de datos financieros en la sección "Sus Datos Financieros Actualmente en Archivo" contiene su nueva cantidad de Cupones para Alimentos, al igual que toda la información relativa a su ingreso que se utilizó para calcular su nueva cantidad de Cupones para Alimentos. Hemos incluido hojas de cálculo de presupuesto que le servirá para revisar si hemos calculado correctamente su ingreso neto de Cupones para Alimentos. Vea 18 NYCRR § 387.10, § 387.12 y, § 387.15.

JOS/Trabajador

Fecha

Supervisor

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

Sus Datos Financieros Actualmente en Archivo

Ingreso Neto Anterior de Cupones para Alimentos

Asignación Mensual Anterior de Cupones para Alimentos

Nuevo Ingreso Neto de Cupones para Alimentos

Nueva Asignación Mensual de Cupones para Alimentos

A. Ingreso Mensual

1a.	Ingreso bruto mensual de empleo o capacitación	
b.	Ingreso neto mensual de trabajo por cuenta propia	
c.		
2a.	Ingreso neto mensual procedente de huésped(es)	
b.	Ingreso neto mensual por inquilino(s)	
3.	Total de las líneas 1 y 2	
4a.	Ingreso bruto mensual no devengado	
b.		
c.		
5.	Ingreso mensual de préstamos y becas escolares	
6.	El total de las líneas 3, 4 y 5	A. \$

B. Deducciones

7.	El 20% de la línea 3	
8.	Deducciones normales – mensuales	
9.	Costos mensuales cuidado infantil/de dependientes (\$200 máximo por niño/dependiente menor de 2 años o \$175 por niño mayor de 2 años)	
9a.	Pago mensual legalmente obligado de manutención de niños	
10.	Recuperación automática mensual (de la concesión de asistencia pública)	
10a.	La mayor de las dos siguientes cantidades: la deducción mensual de refugio para desamparados (\$143.00) o el gasto actual	
11.	Matrícula mensual y cargos preceptivos	
12a.	Gasto médico mensual (menos \$35.00 deducibles)	
b.		
13.	El total de las líneas 7, 8, 9, 9a, 10, 10a, 11 y 12	B. \$

C. Ingreso Ajustado

14.	Restar B de A (línea 13 de la línea 6)	C. \$
-----	--	-------

D. Gastos por Refugio

15.	Alquiler mensual o hipoteca actualmente facturada a la familia (para casos de emergencia de hotel/refugio de asistencia pública, anote la asignación máxima de refugio para el tamaño de su familia)	
16.	Asignación mensual para gastos de calefacción	
17.	Asignación mensual para gastos de servicios públicos	
18.	Asignación mensual para gastos telefónicos	
19.	Otros gastos mensuales de refugio (impuestos de bienes raíces, seguro, instalación de servicios públicos, etc.)	
20.	El total de las líneas 15, 16, 17, 18 y 19	D. \$

E. Ingreso neto de Cupones para Alimentos

21.	Deducción excesiva de refugio (la línea 20 menos la 1/2 de la línea 14)	
22.	Ingreso neto mensual de cupones para alimentos (restar la línea 21 de la línea 14)	
23.	Cantidad mensual de cupones	E. \$

CONFERENCIA

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la primera página de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la primera página de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) POR TELÉFONO: Llame al (800) 342-3334. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) POR ESCRITO: Envíe una copia de todo el aviso con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201.
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) POR FAX: Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: (518) 473-6735
- (4) EN PERSONA: Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:
14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) POR INTERNET: Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llámenos al (718) 722-5012, por facsímil al (718) 722-5018 o escriba a: HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, éstas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pida. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la primera página de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Mantenimiento de Sus Beneficios: Sus beneficios continuarán sin cambios, hasta que se emita la decisión por parte de la Audiencia Imparcial, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de entrada en vigor indicada en el presente aviso. Sin embargo, los beneficios de Cupones para Alimentos no pueden continuarse pasada la última fecha de su período de certificación de Cupones para Alimentos si usted no recertificó su caso de Cupones para Alimentos (vea 18 NYCRR § 358-3.6).

Favor de recordar que si sólo solicita una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, dentro del plazo indicado en la sección: "Mantenimiento de Sus Beneficios", sus beneficios no permanecerán sin cambios.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba la decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

☐ No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de noventa (90) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de Cupones para Alimentos.

Si no logra comunicarse con la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

☐ Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la agencia es errónea porque:

Nombre en Letra de Molde: _____ Número de Caso: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____
Calle Núm. del Apto. Ciudad Estado Código Postal

Firma: _____ Fecha: _____



Notice Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Caseload: _____

Worker Telephone Number: _____

FH&C Telephone Number: _____

**Notice of Intent to Reduce
Food Stamp Benefits to Recover Overissuance (Timely and Adequate)**

Fold Here

Fold Here

The Agency's decision(s) regarding your assistance program(s) is/are explained below next to the checked box(es) ☒.

FOOD STAMPS

This notice is to advise you that we intend to reduce your monthly Food Stamp Benefits from \$ _____
to \$ _____, beginning the month of _____
(date)

Your new Food Stamp Benefits will be \$ _____, effective _____, and until
(date)

The amount of your monthly benefit reduction is based on:

- ☐ 10 percent (%) of the benefit you would otherwise be entitled to, or \$10.00, whichever is greater.
- ☐ 20 percent (%) of the benefit you would have received if your household member(s) had not been disqualified for an intentional program violation, or \$10.00, whichever is greater.
- ☐ The amount you agreed to repay.

The reason(s) we are taking this action(s) is/are indicated below next to the checked box(es) ☒.

☐ You have failed to agree to repay an overpayment in the amount of \$ _____, as we requested in our letter of (specify) _____

☐ You have failed to comply with the repayment agreement you previously made with us and you still owe \$ _____.

☐ You agreed to repay an overpayment of \$ _____ by having your monthly benefit reduced.

The law(s) and regulation(s) which allow(s) us to do this is/are: 18 NYCRR § 387.19.

JOS/Worker

Date

Supervisor

Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION
SECTION OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on page 1 of this notice or write to us at the address on page 1 of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call (800) 342-3334. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section 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.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: (518) 473-6735
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either:
14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the 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 the 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 files. If you call, write or fax 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, write or fax us, we will send you free copies of 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, fax (718) 722-5018 or write to HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. If you want copies of your 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.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on page 1 of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Continuing Your Benefit(s): Your benefits will continue unchanged, until a Fair Hearing decision is issued, if you ask for a Fair Hearing before the effective date stated in this notice. If our decision affects your benefits and you ask for a Fair Hearing within ten (10) days of the date of this notice, we will restore your benefits to the level that they were at before this notice, until a Fair Hearing decision is issued. However, Food Stamp benefits cannot be continued beyond the last date of your Food Stamp certification period if you failed to recertify your Food Stamp case (see 18 NYCRR § 358.3.6).

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision. If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

☐ I do not want to keep my benefits the same until the Fair Hearing decision is issued.

If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for public assistance, medical assistance or social service issues and ninety (90) days for Food Stamp issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

☐ I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: _____

Case Number: _____

Address: _____

Telephone Number: _____

Street

Apt. #

City

State

Zip Code

Signature: _____

Date: _____



Fecha del Aviso: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Unidad de Casos: _____

Núm. de Tel. de Trabajador: _____

Núm. de Tel. de FH&C: _____

**Aviso de la Intención de Recuperar Exceso de Pagos Reduciendo
Los Beneficios de Cupones para Alimentos (A Tiempo Definido y Adecuado)**

Plegue
Aquí

Plegue
Aquí

La(s) decisión(es) de la Agencia con respecto a su(s) programa(s) de asistencia(s) se explica(n) más abajo junto a la(s) casilla(s) marcada(s) ☒.

CUPONES DE ALIMENTOS

Este aviso es para informarle que tenemos la intención de reducir sus Beneficios de Cupones para Alimentos del \$ _____ al \$ _____, comenzando el mes de _____ (fecha).

Sus nuevos Beneficios de Cupones de Alimentos serán de \$ _____, a partir del _____ (fecha) y hasta _____ (fecha).

La cantidad de la reducción de su beneficio mensual se basa en:

- ☐ La mayor de las dos siguientes cantidades: 10% del beneficio al que usted normalmente tendría derecho, o \$10.00.
- ☐ La mayor de las dos siguientes cantidades: 20% del beneficio que usted hubiera recibido si el/los miembro(s) de su familia no hubiera(n) sido descalificado(s) por una violación intencional del programa, o diez dolares (\$10.00).
- ☐ La cantidad que usted acordó reembolsar.

La(s) decisión(es) de la Agencia se explica(n) más abajo, junto a la(s) casilla(s) marcada(s) ☒.

- ☐ Usted no ha acordado reembolsar el sobrepago por la cantidad de \$ _____ como lo solicitamos en nuestra carta del (especifique) _____.
- ☐ Usted no ha cumplido lo que acordó con nosotros anteriormente con respecto al reembolso, y continúa debiendo \$ _____.
- ☐ Usted acordó en reembolsar un exceso de pago por \$ _____ mediante una reducción de su beneficio mensual.

La(s) disposición(es) legal(es) y reglamentaria(s) que nos permite(n) hacer esto es/son: 18 NYCRR § 387.19.

JOS/Trabajador

Fecha

Supervisor

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

CONFERENCIA

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la primera página de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la primera página de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al (800) 342-3334. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada al número: (518) 473-6735.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:
14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llámenos al (718) 722-5012, por facsímil al (718) 722-5018 o escriba a: HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, éstas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pida. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrán entregar el día de la audiencia.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la primera página de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Mantenimiento de Sus Beneficios: Sus beneficios permanecerán sin cambios hasta que la Audiencia Imparcial emita una decisión, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en este aviso. Si nuestra decisión afecta sus beneficios y usted solicita una Audiencia Imparcial dentro de diez (10) días de la fecha de este aviso, restituiremos sus beneficios al nivel en que se hallaban antes del aviso, hasta que la Audiencia Imparcial emita una decisión. Sin embargo, los beneficios de Cupones para Alimentos no pueden continuarse pasada la última fecha del periodo de su certificación de Cupones para Alimentos si usted no ha recertificado su caso de Cupones para Alimentos (vea 18 NYCRR § 358.3.6).

Favor de recordar que si sólo solicita una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, dentro del plazo indicado en la sección: "Mantenimiento de Sus Beneficios", sus beneficios no permanecerán sin cambios.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba la decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación.

☐ **No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.**

Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública, asistencia médica y servicios sociales, y noventa (90) días para asuntos de Cupones para Alimentos.

Si no logra comunicarse con la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

☐ **Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la agencia es errónea porque:**

Nombre en Letra de Molde:

Número de Caso:

Dirección:

Calle

Núm.
del Apto.

Ciudad

Estado Código Postal

Número de Teléfono:

Firma:

Fecha:



Notice Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Caseload: _____

Worker Telephone Number: _____

FH&C Telephone Number: _____

Notice of Action Taken on Underpayment Claim

Fold Here

On _____, you requested a case review to determine if your public assistance grant was correct for the period of _____ to _____. We are giving you this notice to tell you that:

Fold Here

☐ We have determined that your public assistance grant was incorrect during the above period of time and are taking the following action:

☐ Your public assistance grant is being increased to \$ _____ effective _____.

☐ A retroactive payment in the amount of \$ _____ will be provided to correct the underpayment of public assistance for the period indicated above. This payment will be included with your regular semimonthly public assistance benefit.

☐ We have determined that your public assistance grant was correct for the above period of time.

Enclosed please find the budget calculations which support the actions taken on your case.

JOS/Worker

Date

Supervisor

Date

YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION
SECTION OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

Enclosure: Budget Calculation Sheet

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call (800) 342-3334. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section 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.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: (518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the 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 the 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 files. If you call, write or fax 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, write or fax us, we will send you free copies of 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, fax (718) 722-5018 or write to HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. If you want copies of your 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.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number and/or address listed on page 1 of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for public assistance issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

☐ I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: _____ Case Number: _____
Address: _____ Telephone Number: _____
Street Apt # City State Zip Code
Signature: _____ Date: _____

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a la Oficina de Audiencias Administrativas, Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance a cualquiera de las siguientes direcciones: **14 Boerum Place, Brooklyn;** o **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informa de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratis, 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 la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las páginas amarillas bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsimil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsimil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012** por facsimil al **(718) 722-5018** o escriba a: HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, estas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pide. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, como pedir una Audiencia Imparcial, como revisar su archivo o como obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la primera página de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública.

Si no logra comunicarse con la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

☐ Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la agencia es errónea porque:

Nombre en Letras de Molde: _____

Número de Caso: _____

Dirección: _____

Calle

Num. del
Apto

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono: _____

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____