



# 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 #04-123-OPE

### REVISION OF SELECTED FORMS CONTAINING CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION

<b>Date:</b> July 15, 2004	<b>Subtopic(s):</b> Forms
<p><input checked="" type="checkbox"/> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<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"><li>• 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State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) for applicants/participants to call for a Fair Hearing has been replaced by a toll-free telephone number, <b>(800) 342-3334</b>.</li><li>• 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:  <a href="http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp">http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp</a></li><li>• Information regarding the method of requesting a Fair Hearing 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."</li><li>• 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."</li></ul>

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

Distribution: X

**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.

- Forms meeting Local Law 73 requirements (mandating HRA to translate all City-generated documents that affect participant benefits) are now designated with "LLF" in the form header.
- 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.

Additional changes were made as follows:

- The time frame within which to request a Fair Hearing was changed from 10 days to 60 days on the Assignment Information Summary (**W-500G**).
- The addresses and phone numbers for the city Medicaid offices were updated on the Notice of Approval of Transitional Medicaid Extension (**W-560R**).

Copies of each revised form are attached.

*Effective Immediately*

**Attachments:**

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

- W-145** Notice of Intent to Restrict Shelter Allowance (Timely) (Rev. 7/15/04)
- W-145 (S)** Notice of Intent to Restrict Shelter Allowance (Timely) (Spanish) (Rev. 7/15/04)
- W-500G** Assignment Information Summary (Rev. 7/15/04)
- W-500G (S)** Assignment Information Summary (Spanish) (Rev. 7/15/04)
- W-560EE** Notice of Intent to Change Child Care Benefits (Rev. 7/15/04)
- W-560EE (S)** Notice of Intent to Change Child Care Benefits (Spanish) (Rev. 7/15/04)
- W-560R** Notice of Approval of Transitional Medicaid Extension (Rev. 7/15/04)

**W-560R (S)** Notice of Approval of Transitional Medicaid Extension  
(Spanish) (Rev. 7/15/04)



Notice Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
FH&C Telephone: \_\_\_\_\_

### Notice of Intent to Restrict Shelter Allowance (Timely)

Fold Here

Fold Here

The Agency's decision regarding your benefit program is explained below:

#### PUBLIC ASSISTANCE

This notice is to inform you that we intend to restrict your shelter allowance effective \_\_\_\_\_, Your shelter allowance will be paid directly to your landlord or primary tenant. date

When we restrict your shelter allowance, we will issue a vendor check for \$ \_\_\_\_\_, representing part or all of your semimonthly grant of \_\_\_\_\_.

We will send the vendor check directly to your landlord or primary tenant. Only your landlord or primary tenant can cash the vendor check.

If your rent is more than the amount of your shelter allowance, indicated above, you must pay the rest of your rent to your landlord or primary tenant.

The law(s) and/or regulation(s) which allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 381.3.

If there is a reason why your shelter allowance should not be restricted, you may request a conference to discuss this matter. To request a conference please call the Fair Hearing and Conference (FH&C) number above.

\_\_\_\_\_  
JOS/Worker Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Supervisor Signature

\_\_\_\_\_  
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.**





Fecha del Aviso: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

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

Número de Teléfono de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso de la Intención de Restringir la Asignación de Vivienda (A tiempo definido)

Pliegue Aquí

Pliegue Aquí

La decisión de la Agencia con respecto a su programa de beneficios se explica más abajo:

#### ASISTENCIA PÚBLICA

Por el presente aviso le informamos de que tenemos la intención de restringir su asignación de vivienda a partir de \_\_\_\_\_, fecha. Se le pagará su asignación de vivienda directamente a su casero o inquilino principal.

Al restringir su asignación de vivienda, emitiremos un cheque de proveedor de servicios por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_, que representará toda o parte de su asignación quincenal de \_\_\_\_\_.

Le enviaremos el cheque de proveedor de servicios a su casero o inquilino principal, quienes serán los únicos autorizados para cobrar dicho cheque.

Si la cantidad de su alquiler resulta superior a la cantidad de su asignación de vivienda, tal como se indica más arriba, usted tendrá que pagar el resto de su alquiler a su casero o inquilino principal.

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal modo es/son 18 NYCRR § 381.3.

En caso de que hubiese razón por la cual su asignación de vivienda no debiera ser restringida, puede solicitar una conferencia para platicar sobre el asunto. Para solicitar dicha conferencia, favor de llamar al número de Audiencia Imparcial y Conferencias (FH & C) más arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma del JOS/Trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del 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 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 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 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 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, 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:** Sus beneficios continuarán sin cambios, hasta que se emita una decisión de Audiencia Imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en el presente aviso.

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

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que devolver todo beneficio que haya recibido sin derecho a ello, 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 solicitar 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 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 \_\_\_\_\_ Num. del Apto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



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

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

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

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

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

FH&C Telephone Number: \_\_\_\_\_

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

### Assignment Information Summary

Fold Here

Fold Here

Dear Participant:

You have been assigned to work as a(n) \_\_\_\_\_ in the Work Experience

Name of Position

Program (WEP). If you have been found to be "employable with limitations," a WEP listing of typical tasks is enclosed, which lists the kinds of tasks included in these work categories.

The number of hours you are required to work every two weeks is \_\_\_\_\_ hours.

Child Care Hours: \_\_\_\_\_

You will receive carfare at the Agency where you are assigned to work. Bring your HRA photo ID card. Your orientation location is:

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

Agency Address:

Agency Name/Site

Address

City

State

Zip Code

Contact Person:

Travel Directions:

Your participation in this program is mandatory unless you receive another assignment, you become employed, or HRA determines that you have become unable to work or exempt for another reason such as:

- You have reached 60 years of age.
- You are in the last 30 days of pregnancy.
- You are a single parent caring for a child less than thirteen (13) weeks of age.
- HRA has determined you are needed at home to take care of a member of your household who is ill or incapacitated.

In order to receive your benefits, you must work the assigned number of hours at your work site, unless you have good cause not to work. If you fail to work the assigned hours without good cause, your benefits will be reduced or terminated.

This notice tells you what to do if you believe that you should not work or should receive a different assignment because of a medical problem, or you cannot come to work for another reason.

**What to do if you believe that you should not be required to work because of a medical problem:**

If you disagree with the determination that you are able to work, you may ask for a conference or a Fair Hearing, or both. Please see the Conference and Fair Hearing Information section of this notice for more information.



**What to do if you think that you should be given a different work assignment because of a medical problem:**

If you have already been determined as work limited by an HRA authorized medical practitioner, you have informed your work site supervisor of your limitations, and the agency has, to the best of its ability, made accommodations for your limitations, you may still contest the WEP assignment as medically inappropriate. The proper way to contest a WEP assignment is as follows:

1. Report to your assigned agency and find out about your assignment. You may discuss any issues you have about whether the assignment is appropriate with the person who gives you the assignment, your supervisor at the assignment, or the agency's WEP coordinator.
2. If you have not resolved the issue at your work site, you can also make an appointment to discuss your issues at a conference at HRA's Participants' Service Unit at 109 East 16th Street, Room 920A, New York, NY. Call (212) 835-8457.
3. If you are not able to resolve your issues at the Participants' Service Unit conference, you may request a Fair Hearing. (Please see the Conference and Fair Hearing Information section of this notice for more information.)

**What to do if your medical condition changes in a way that affects your ability to work:**

Discuss any problem related to your medical condition with your work site supervisor, and provide written documentation on your doctor's stationery which includes the doctor's name, the date, your diagnosis and prognosis, and states what work activities your condition prevents you from doing and why. The documentation must be an original, not a photocopy, and must be current.

The agency may change your assignment to another based on the medical condition described on the documentation you provide, or the agency may refer you for a medical assessment.

You may refuse to work at an assignment on the basis that it is inconsistent with your medical condition. However, if it is determined at a Fair Hearing that there is no basis for your claim that you are unable to engage in the assigned work activities, and that you intentionally misrepresented your medical condition, your benefits will be reduced as a sanction.

Follow the instructions in the **What if you receive a Notice of Intent to discontinue benefits?** section below if you receive a Notice of Intent as a result of a change in your medical condition of which the agency is unaware.

**When can you be absent from your assignment?**

You do not have to report to your assignment on holidays observed by your assigned agency, on your days of religious observance (must be documented), or when you have "good cause."

**What is "good cause" for missing a day or days of work?**

"Good cause" includes circumstances beyond your control such as, but not limited to, illness, family emergency, jury duty, appointments at an HRA office, school closings, lack of child care or child care payment problems, or lack of transportation. "Good cause" also includes employment interviews and temporary or part-time employment.

**What to do if you cannot come to work or you are going to be late?**

You must notify your supervisor by telephone as soon as you know that you are going to be absent or late. Give notice before your scheduled starting time. If you do not do so, you may lose benefits. When you return to your work site, you must bring any documentation that you can reasonably obtain to show why you were absent or late.

**What happens when you are absent or late without good cause, fail to notify your supervisor that you will be absent or late, or fail to provide documentation:**

If you are absent or late without good cause, you will receive a notice of failure to comply with your work assignment. You may also receive a notice for failing to notify your supervisor or failing to provide documentation. You will have the right to request a conciliation, conference and/or Fair Hearing within the time limit stated in the notice.

**What if you receive a Notice of Intent to discontinue benefits?**

If you receive a Notice of Intent to discontinue benefits because of failure to comply with your work assignment, you have a right to a Fair Hearing. Your benefits will continue, pending the Fair Hearing decision, as long as you make a request for a Fair Hearing within the time frame stated in the Notice of Intent.

**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.**

## WEP Participant Typical Tasks by Assignment Cluster

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

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

Office Services	Maintenance Services	Human/Community Services
<ul style="list-style-type: none"> <li>• answer telephones</li> <li>• write messages</li> <li>• make appointments</li> <li>• greet and direct visitors</li> <li>• give general information</li> <li>• file records</li> <li>• fax documents</li> <li>• process routine papers</li> <li>• make copies and collate</li> <li>• set up meeting room</li> <li>• data entry</li> <li>• type on computer</li> <li>• serve as messenger</li> <li>• assist in mailroom</li> <li>• pack and unpack</li> <li>• check deliveries</li> <li>• receive, store and distribute supplies</li> <li>• assist with inventory control</li> <li>• operate postage meter</li> <li>• issue forms, supplies</li> <li>• post expenses</li> <li>• process vouchers</li> <li>• do simple bookkeeping</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dust and polish</li> <li>• sweep and mop floors</li> <li>• wax and buff floors</li> <li>• empty wastebaskets</li> <li>• vacuum</li> <li>• wash windows, walls, etc.</li> <li>• clean toilets, basins, fixtures</li> <li>• replace restroom supplies</li> <li>• make minor supplies</li> <li>• operate elevator</li> <li>• remove refuse and debris</li> <li>• inspect grounds, doors, windows</li> <li>• report dangerous conditions</li> <li>• report defective equipment</li> <li>• fuel and service motor vehicles</li> <li>• act as parking lot attendant</li> <li>• maintain cleanliness of vehicles or garages</li> <li>• load and unload materials</li> <li>• remove snow, leaves, refuse</li> <li>• perform simple gardening work</li> <li>• perform hospital housekeeping tasks</li> </ul>	<p><b>Support Cultural Events</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sew costumes</li> <li>• set up displays or exhibits</li> <li>• distribute flyers</li> <li>• collect fees, tickets</li> </ul> <p><b>Assist Elderly at Home/Centers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• shop</li> <li>• clean home</li> <li>• escort to clinics, Centers, etc.</li> <li>• prepare meals</li> <li>• provide emotional support</li> <li>• provide simple bedside care</li> </ul> <p><b>Assist in Cafeterias, Food Programs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prepare food</li> <li>• serve food</li> <li>• set and clear tables</li> <li>• clean kitchen</li> </ul> <p><b>Assist Children</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• monitor play area</li> <li>• monitor lunchroom</li> <li>• assist teacher</li> <li>• straighten up after activities</li> <li>• help children with clothing</li> <li>• read stories</li> <li>• help in library</li> </ul> <p><b>General Services</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• provide information</li> <li>• interpret</li> <li>• serve as parking attendant</li> </ul>

### 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):** 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.

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 sixty (60) days from the date of the notice for work activity assignment 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. de FH&C: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Resumen Informativo de su Asignación

Plegue Aquí

Plegue Aquí

Usted ha sido asignado a trabajar de \_\_\_\_\_ con el Programa de Experiencia Laboral (Work Experience Program – WEP). Si se determina que es <sup>Cargo</sup> "apto para trabajar con limitaciones", encontrará adjunto un listado de los tipos de tareas incluidas en estas categorías de trabajo.

El número de horas que se le requiere trabajar cada dos semanas es: \_\_\_\_\_ horas

Cuidado Infantil : \_\_\_\_\_ horas.

Usted recibirá dinero para transporte en la agencia donde esté asignado a trabajar. Traiga su tarjeta de identificación de la HRA. A continuación lea los datos relativos a su orientación:

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

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

Nombre del Local

Línea de Dirección 1

Línea de Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

Persona con quien debe comunicarse: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

Su participación en este programa es obligatoria, a menos que reciba otra asignación, consiga empleo, o la HRA determine que usted ya no es apto para trabajar, o esté exento por una razón como las que siguen:

- Usted ha alcanzado los 60 años de edad.
- Usted se encuentra en los últimos 30 días del embarazo.
- Si usted, como padre o madre sin pareja, cuida a un niño menor de trece semanas de edad.
- La HRA ha determinado que se le necesita para cuidar a un miembro del hogar que esté enfermo o incapacitado.

Para poder recibir sus beneficios, debe trabajar el número de horas asignadas en su local de trabajo, a menos que tenga motivo justificado para no trabajar. Si usted no cumple el número de horas asignadas de trabajo sin motivo justificado, sus beneficios serán reducidos o terminados.

Este aviso le indica qué hacer si considera que no debe trabajar y que debe recibir otra asignación por algún problema de salud, o no puede acudir al trabajo por alguna otra razón.

#### ¿Qué debería hacer usted si considera que no puede trabajar por razones de salud?

Si no está de acuerdo con la determinación de que usted se encuentra en disposición de trabajar, puede solicitar una conferencia o una Audiencia Imparcial, o ambas. Para más información, favor de consultar la sección de este aviso sobre Conferencias y Audiencias Imparciales.

### **¿Cómo proceder si considera que se le debe asignar otro trabajo debido a problemas de salud?**

Usted puede alegar que su asignación no es la adecuada de acuerdo a su limitación a pesar de que un médico general autorizado por la HRA haya hecho una determinación de su limitación respecto al trabajo, usted ya haya informado sobre dichas limitaciones al supervisor de su local de trabajo, y la agencia en su mejor desenvolvimiento haya hecho arreglos tomando en cuenta las limitaciones. El procedimiento correcto para cuestionar una asignación de WEP es el siguiente:

1. Preséntese a su agencia asignada y obtenga información sobre su asignación. En caso de que usted dude que su asignación sea adecuada, puede tratar del asunto con la persona responsable de su asignación, con el supervisor en el lugar de la asignación, o con el coordinador de WEP de la agencia.
2. Si usted no ha solucionado el problema en el lugar de trabajo, puede solicitar una cita para tratarlo en una conferencia en la Unidad de Servicios al Participante de la HRA (HRA's Participants' Service Unit) en el 109 East 16th Street, Room 107, New York, NY. Llame al (212) 835-8457.
3. Si no puede solucionar sus problemas en la conferencia de la Unidad de Servicios al Participante, puede solicitar una Audiencia Imparcial. (Para más detalles, favor de remitirse a la sección de este aviso de Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales.)

### **¿Qué puede hacer si su estado de salud cambia de manera que afecte su capacidad para trabajar?**

Platicar sobre cualquier problema relacionado a su estado de salud con su supervisor en el lugar de empleo, y proporcionar documentación escrita en el membrete de su médico con el nombre, fecha, diagnóstico y pronóstico, al igual que constancia de las actividades de trabajo que su afección médica le impide llevar a cabo y el porqué de ello. Esta documentación debe ser original y actual, no se aceptarán fotocopias.

La agencia podría cambiar su asignación a otra basándose en la afección médica, tal como reseñada por la documentación proporcionada por usted. La agencia también podría enviarle a una evaluación médica.

Usted puede rehusarse a trabajar en su asignación de trabajo valiéndose de que la misma es incongruente con su afección médica. Sin embargo, si se determina en la Audiencia Imparcial que su reclamo respecto a su incapacidad de participar en las actividades de trabajo asignadas carece de fundamento, y que usted intencionadamente alegó datos falsos sobre su afección médica, sus beneficios serán reducidos o terminados.

Siga las instrucciones indicadas en la sección más abajo: **¿Qué tal si usted recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios?** si recibe un Aviso de la Intención a raíz de un cambio en su afección médica del cual la agencia aún no haya sido informada.

### **¿Cuándo puede faltar a su asignación?**

Usted no tiene que presentarse a su asignación de WEP durante días feriados observados por la agencia asignada a usted, durante sus días de observancia religiosa (deben ser documentados), o cuando tenga un "motivo justificado" para estar ausente.

### **¿Qué constituye "motivo justificado" para faltar a su asignación?**

"Motivo justificado" abarca toda circunstancia ajena a su voluntad, lo que incluye, pero no se limita a, enfermedad, emergencia familiar, servicio de jurado en la corte, cita en una oficina de la HRA, cierre de escuelas, problemas con el cuidado infantil y con el pago del mismo, y problemas de transporte. "Motivo justificado" también abarca entrevistas de trabajo, trabajos temporales o a tiempo parcial (part-time).

### **¿Qué puede hacer usted si no puede venir a trabajar o si va a llegar tarde?**

Antes de su hora programada de comienzo de trabajo, debe notificar a su supervisor por teléfono tan pronto sepa que se tardará en llegar o que va a faltar al trabajo. De no hacerlo, puede perder beneficios. Cuando regrese a su trabajo, proporcione documentación que explique el motivo de la tardanza o ausencia.

### **¿Qué tal si se ausenta o tarda en llegar sin motivo suficiente, o no notifica a su supervisor de que va a estar ausente o llegar tarde, o no proporciona la documentación?**

Si usted se ausentó o llegó tarde sin presentar motivo justificado, recibirá un aviso de incumplimiento con su asignación de trabajo. También podría recibir un aviso por no haberle notificado a su supervisor o no haber proporcionado documentación. Usted tendrá derecho a una conferencia, conciliación y/o una Audiencia Imparcial dentro del plazo indicado en el aviso.

### **¿Qué tal si usted recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios?**

Si recibe un aviso de la Intención de discontinuar beneficios por usted no haber cumplido su asignación de trabajo, usted tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Sus beneficios continuarán, en lo que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial, siempre que usted solicite la Audiencia Imparcial dentro del plazo indicado en el Aviso de la Intención.

**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.**



## Tareas Típicas del Participante WEP por Grupo de Asignación

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_  
Nombre      I.      Apellido

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Servicios Administrativos	Servicios de Mantenimiento	Servicios Humanos/Comunitarios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• contestar el teléfono</li> <li>• anotar mensajes</li> <li>• arreglar citas</li> <li>• recibir y dirigir a visitantes</li> <li>• proporcionar información general</li> <li>• archivar expedientes</li> <li>• faxear documentos</li> <li>• tramitar documentos rutinarios</li> <li>• hacer fotocopias</li> <li>• habilitar salas de reuniones</li> <li>• procesar datos por computadora</li> <li>• mecanografiar</li> <li>• servir de mensajero</li> <li>• trabajar en oficinas de correos</li> <li>• hacer o deshacer paquetes</li> <li>• revisar entregas</li> <li>• recibir, almacenar y distribuir materiales</li> <li>• trabajar en control de inventario</li> <li>• operar medidor de franqueo</li> <li>• distribuir formularios y artículos de oficina</li> <li>• asentar gastos</li> <li>• tramitar comprobantes</li> <li>• llevar contabilidad básica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• quitar polvo y brillar objetos</li> <li>• barrer y trapear pisos</li> <li>• encerar y pulir pisos</li> <li>• vaciar papeleras</li> <li>• pasar aspiradoras</li> <li>• limpiar ventanas, paredes, etc.</li> <li>• limpiar baños y vajillas</li> <li>• limpiar inodoros, lavamanos e instalaciones fijas</li> <li>• reemplazar artículos de baño</li> <li>• elaborar artículos pequeños</li> <li>• operar ascensores</li> <li>• recoger desperdicios y desechos</li> <li>• inspeccionar terrenos, pisos, puertas y ventanas</li> <li>• reportar condiciones peligrosas</li> <li>• reportar equipo defectuoso</li> <li>• mantener, reparar y abastecer vehículos automotores de combustible</li> <li>• servir de encargado de estacionamiento</li> <li>• limpiar garajes</li> <li>• cargar y descargar materiales</li> <li>• realizar tareas sencillas de jardinería</li> <li>• realizar tareas domésticas y de hospitales</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Apoyo a Acontecimientos Culturales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cocer trajes</li> <li>• disponer exhibiciones o muestras</li> <li>• distribuir volantes</li> <li>• cobrar tarifas y entradas</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Ayuda a Ancianos en su Hogar/Centro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hacer compras</li> <li>• limpiar casas</li> <li>• acompañar a pacientes a clínicas, centros, etc.</li> <li>• proporcionar apoyo emocional</li> <li>• proporcionar cuidado de cabecera sencillo</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Trabajo en Cafeterías y Programas de Comidas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• preparar comidas</li> <li>• servir comidas</li> <li>• poner y levantar mesas</li> <li>• limpiar cocinas</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Asistencia a Niños</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• velar áreas de recreo</li> <li>• velar comedores</li> <li>• ayudar a maestros</li> <li>• arreglar locales tras actividades</li> <li>• ayudar a niños con el vestuario</li> <li>• leer cuentos</li> <li>• trabajar en bibliotecas</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Servicios Generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• proporcionar información</li> <li>• interpretar idiomas</li> <li>• servir de encargado de estacionamiento</li> </ul>

### Resumen Informativo de la Asignación

#### DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_  
Dirección (línea 1)

\_\_\_\_\_  
Dirección (línea 2) Tipo de Caso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal Código ES: \_\_\_\_\_

Condado de Residencia: \_\_\_\_\_ Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

#### DATOS SOBRE LA ASIGNACIÓN

Agencia: \_\_\_\_\_

Código de Empleo: \_\_\_\_\_

Asignación: \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

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

Fecha a Comparecer: \_\_\_\_\_

Horario Laboral: \_\_\_\_\_

Cuidado Infantil: \_\_\_\_\_

Comentario(s):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA:

Bachillerato: \_\_\_\_\_

Ex Ofensor: \_\_\_\_\_

Ex Adicto: \_\_\_\_\_

No Habla Inglés: \_\_\_\_\_







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

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

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

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

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

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

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

FH&C Telephone Number: \_\_\_\_\_

### Notice of Intent to Change Child Care Benefits

Fold Here

Fold Here

This notice is to inform you that this agency intends to change your child care benefits. The changes are explained below.

Payment will be provided on behalf of the following:

Child Name	Provider	Change \$		Effective	Check (✓) one
		From	Title To		
					<input type="checkbox"/> full-time <input type="checkbox"/> part-time
					<input type="checkbox"/> full-time <input type="checkbox"/> part-time
					<input type="checkbox"/> full-time <input type="checkbox"/> part-time
					<input type="checkbox"/> full-time <input type="checkbox"/> part-time

You are responsible for a family share which must be paid to \_\_\_\_\_  
Child Care Provider First Name M.I. Child Care Provider Last Name

in the amount of \$ \_\_\_\_\_, per week, effective \_\_\_\_\_.

The reason for this action is:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

The laws(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are: 18 NYCRR § 415.4 and § 415.7.

\* Payment may vary based on fluctuations in work activity.

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, 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 child care 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: \_\_\_\_\_

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

Centro: \_\_\_\_\_

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

Núm. de Tel. de Trabajador: \_\_\_\_\_

Núm. de Tel. de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso de la Intención de Cambiar los Beneficios de Cuidado Infantil

Plegue Aquí

Plegue Aquí

Por el presente aviso le informamos que esta agencia tiene la intención de cambiar sus beneficios de Cuidado Infantil. Los cambios se explican a continuación.

Se proveerán pagos para las siguientes personas:

Nombre del Niño	Proveedor	De	Cambio \$ A	Title	A partir de	Seleccione (✓) Una
						<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
						<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
						<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
						<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial

Usted tiene la responsabilidad de pagar una porción familiar a: \_\_\_\_\_  
(Proveedor de Cuidado Infantil)

por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ semanales, a partir del \_\_\_\_\_  
(fecha)

La razón de esta acción es:

---



---



---



---

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal forma es/son: 18 NYCRR § 415.4 y § 415.7.

\* Los pagos pueden variar según las fluctuaciones de actividad de trabajo.

\_\_\_\_\_  
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>

**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 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 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 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, 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 cuidado infantil.

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: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Calle Num. del Ciudad Estado Código Postal  
Apto.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





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

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

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

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

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

Case/oad: \_\_\_\_\_

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

FH&C Telephone Number: \_\_\_\_\_

### Notice of Approval of Transitional Medicaid Extension

Fold Here

Fold Here

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

#### MEDICAL ASSISTANCE

This notice is to inform you that the Transitional Medicaid coverage for you and your child(ren) (if applicable) has been extended:

For three (3) months, effective \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_. You may also be eligible for an additional three (3) months of Medicaid coverage under this special program. A final Quarterly Report/Application will be mailed to you.

For the final three (3) months, effective \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_. Medicaid benefits under this special program last for a maximum of 12 months starting from the month your public assistance case was closed due to employment reasons. If you want your eligibility for continued Medicaid determined, you must go to one of the Medicaid Offices listed on Section 2 of this notice one month before your benefits are discontinued. Show this notice to the receptionist.

The law(s) and/or regulation(s) which allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 352.18(a), § 360-1.2 and § 360-3.3(c).

\_\_\_\_\_  
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.**

<b>SECTION TWO – MEDICAID OFFICES</b>		
<b>BRONX</b>	<b>BRONX LEBANON HOSPITAL MEDICAID OFFICE</b>	1276 Fulton Avenue (718) 588-2997/2145
	<b>JACOBI HOSPITAL MEDICAID OFFICE</b>	1400 Pelham Pkwy (Ambulatory Care Pavilion – 1st Floor) (718) 822-5432/35
	<b>LINCOLN HOSPITAL MEDICAID OFFICE</b>	234 East 149th Street, Basement, Room B-75 (718) 585-7872/7920
	<b>MORRISANIA MEDICAID OFFICE</b>	1225 Gerard Avenue, Basement (718) 960-2752/99
	<b>NORTH CENTRAL BRONX HOSPITAL MEDICAID OFFICE</b>	3424 Kossuth Avenue, 1st Floor, Room 1A-05 (718) 920-1070 or (718) 519-2065
<b>BROOKLYN</b>	<b>BOERUM HILL* MEDICAID OFFICE</b>	35 4th Avenue (718) 623-7427/28
	<b>CONEY ISLAND MEDICAID OFFICE</b>	30-50 West 21st Street (718) 333-3000/01
	<b>KINGS COUNTY HOSPITAL MEDICAID OFFICE</b>	441 Clarkson Avenue "T" Bldg, Nurses' Residence, 1st Floor (718) 221-2300/01
	<b>EAST NEW YORK MEDICAID OFFICE</b>	2094 Pitkin Avenue, Basement (718) 922-8292/93
<b>MANHATTAN</b>	<b>BELLEVUE HOSPITAL* MEDICAID OFFICE</b>	466 First Avenue & 27th Street, "G" link, 1st Floor (212) 679-7424
	<b>COLUMBIA-PRESBYTERIAN HOSPITAL MEDICAID OFFICE</b>	622 West 168th Street, 1st Floor – PH 040 (212) 342-5102/03
	<b>GOVERNEUR HOSPITAL MEDICAID OFFICE</b>	227 Madison Street, 7th Floor (212) 238-7790
	<b>HARLEM HOSPITAL MEDICAID OFFICE</b>	530 Lenox Avenue (Ron Brown Bldg), 1st Floor, Room 1061 (212) 939-8504 (Use the 137th Street entrance)
	<b>METROPOLITAN HOSPITAL* MEDICAID OFFICE</b>	1901 2nd Avenue, 1st Floor, Room 1D-27 (212) 423-7006
	<b>MEDICAID RENEWAL (ONLY)</b>	340A West 34th Street, 1st Floor Health Stat Phoneline: (888) 692-6116
<b>QUEENS</b>	<b>ELMHURST HOSPITAL MEDICAID OFFICE</b>	79-01 Broadway, Room D4-17 (718) 476-5904
	<b>FAR ROCKAWAY MEDICAID OFFICE</b>	219 Beach 59th Street, 1st Floor (718) 634-6910
	<b>QUEENS REGIONAL MEDICAID OFFICE</b>	3328 Northern Boulevard, 6th Floor (718) 626-8600 (PCAP, Renewal & Rosenthal [ONLY])
	<b>JAMAICA* MEDICAID OFFICE</b>	90-75 Sutphin Boulevard, 6th Floor (718) 523-5699
<b>S. I.</b>	<b>STATEN ISLAND MEDICAID OFFICE</b>	350 St. Marks Place, Basement (718) 720-2850/51

\* Rosenberg Sites



### 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 medical 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: \_\_\_\_\_

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

Centro: \_\_\_\_\_

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

Núm. de Tel. de Trabajador: \_\_\_\_\_

Núm. de Tel. de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso de Aprobación de la Extensión del Medicaid de Transición

Plague Aquí

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

Plague Aquí

#### ASISTENCIA MÉDICA

El propósito de este aviso es informarle que su cobertura de Medicaid de Transición (Transitional Medicaid) y la cobertura de su(s) niño(s) (si corresponde) se ha prolongado.

Por tres (3) meses, desde el \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_. Puede que usted también sea elegible por unos tres (3) meses adicionales de cobertura de Medicaid bajo este programa especial. Un Informe/Solicitud Trimestral le será enviado por correo.

Por los tres (3) últimos meses, desde el \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, los beneficios de Medicaid bajo este programa especial duran solamente un máximo de 12 meses a partir del mes en que su caso de asistencia pública fue cerrado por razones de empleo. Si usted desea que se determine su elegibilidad para continuar con Medicaid, usted debe dirigirse a una de las oficinas de Medicaid indicadas en la Sección 2 de este aviso un mes antes de que sus beneficios le sean descontinuados. Muéstrelé este aviso a la recepcionista.

La(s) disposición(es) legal(es) y reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal forma es/son 18 NYCRR § 352.18(a), § 360-1.2 y § 360-3.3(c).

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.**

<b>SECCIÓN DOS – OFICINAS DE MEDICAID</b>		
<b>BRONX</b>	<b>BRONX LEBANON HOSPITAL</b> MEDICAID OFFICE	1276 Fulton Avenue (718) 588-2997/2145
	<b>JACOBI HOSPITAL</b> MEDICAID OFFICE	1400 Pelham Pkwy (Ambulatory Care Pavilion – 1st Floor) (718) 822-5432/35
	<b>LINCOLN HOSPITAL</b> MEDICAID OFFICE	234 East 149th Street, Basement, Room B-75 (718) 585-7872/7920
	<b>MORRISANIA</b> MEDICAID OFFICE	1225 Gerard Avenue, Basement (718) 960-2752/99
	<b>NORTH CENTRAL BRONX HOSPITAL</b> MEDICAID OFFICE	3424 Kossuth Avenue, 1st Floor, Room 1A-05 (718) 920-1070 or (718) 519-2065
<b>BROOKLYN</b>	<b>BOERUM HILL*</b> MEDICAID OFFICE	35 4th Avenue (718) 623-7427/28
	<b>CONEY ISLAND</b> MEDICAID OFFICE	30-50 West 21st Street (718) 333-3000/01
	<b>KINGS COUNTY HOSPITAL</b> MEDICAID OFFICE	441 Clarkson Avenue "T" Bldg, Nurses' Residence, 1st Floor (718) 221-2300/01
	<b>EAST NEW YORK</b> MEDICAID OFFICE	2094 Pitkin Avenue, Basement (718) 922-8292/93
<b>MANHATTAN</b>	<b>BELLEVUE HOSPITAL*</b> MEDICAID OFFICE	466 First Avenue & 27th Street, "G" link, 1st Floor (212) 679-7424
	<b>COLUMBIA-PRESBYTERIAN HOSPITAL</b> MEDICAID OFFICE	622 West 168th Street, 1st Floor – PH 040 (212) 342-5102/03
	<b>GOUVERNEUR HOSPITAL</b> MEDICAID OFFICE	227 Madison Street, 7th Floor (212) 238-7790
	<b>HARLEM HOSPITAL</b> MEDICAID OFFICE	530 Lenox Avenue (Ron Brown Bldg), 1st Floor, Room 1061 (212) 939-8504 (Use the 137th Street entrance)
	<b>METROPOLITAN HOSPITAL*</b> MEDICAID OFFICE	1901 2nd Avenue, 1st Floor, Room 1D-27 (212) 423-7006
	<b>MEDICAID RENEWAL (ONLY)</b>	340A West 34th Street, 1st Floor Health Stat Phonenumber: (888) 692-6116
<b>QUEENS</b>	<b>ELMHURST HOSPITAL</b> MEDICAID OFFICE	79-01 Broadway, Room D4-17 (718) 476-5904
	<b>FAR ROCKAWAY</b> MEDICAID OFFICE	219 Beach 59th Street, 1st Floor (718) 634-6910
	<b>QUEENS REGIONAL</b> MEDICAID OFFICE	3328 Northern Boulevard, 6th Floor (718) 626-8600 (PCAP, Renewal & Rosenthal [ONLY])
	<b>JAMAICA*</b> MEDICAID OFFICE	90-75 Sutphin Boulevard, 6th Floor (718) 523-5699
<b>S. I.</b>	<b>STATEN ISLAND</b> MEDICAID OFFICE	350 St. Marks Place, Basement (718) 720-2850/51

\* Rosenberg Sites