



# 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 #04-125-OPE

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

<b>Date:</b> July 16, 2004	<b>Subtopic(s):</b> Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform 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State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) for applicants/participants to call for a Fair Hearing has been replaced by a toll-free telephone number, 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 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."</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*

- Forms meeting Local Law 73 requirements for the year 2003 (mandating HRA to translate all City-generated documents that affect participant benefits) are now designated with “LLF” in the form header.
- References to the Department of Income Maintenance were removed from the form headers.

Copies of each revised form are attached.

*Effective Immediately*

**Attachments:**

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

- |                            |                                                                       |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>M-328a</b>              | Notice of Intent to Reduce Public Assistance (Rev. 7/16/04)           |
| <b>M-328a (S)</b>          | Notice of Intent to Reduce Public Assistance (Spanish) (Rev. 7/16/04) |
| <b>M-328b</b>              | Notice of Change in Grant (Rev. 7/16/04)                              |
| <b>M-328b (S)</b>          | Notice of Change in Grant (Spanish) (Rev. 7/16/04)                    |
| <b>M-328a/b Insert</b>     | Conference and Fair Hearing Information (Rev. 7/16/04)                |
| <b>M-328a/b (S) Insert</b> | Conference and Fair Hearing Information (Spanish) (Rev. 7/16/04)      |



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

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

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

## Notice of Intent to Reduce Public Assistance

Dear Sir or Madam:

This department intends to reduce your public assistance grant on \_\_\_\_\_ to recover an:  
(date)

If a reduction is to take effect beginning with the first regular grant received after the date of the proposed reduction, you will be informed of the starting date and the amount of the first reduced grant. Thereafter, the amount recouped each cycle may vary as changes occur in your household needs and the number of recoupments on record, but it will not be affected by budgeted income.

If your current household needs (pre-added, rent and miscellaneous allowance if any) and the number of recoupments remain the same, recoupment will last for approximately \_\_\_\_\_ issues.

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



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

Número del Caso: \_\_\_\_\_

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

## Aviso de la Intención de Reducir la Asistencia Pública

Estimado(a) Sr(a).:

Este departamento tiene la intención de reducir su concesión de asistencia pública el \_\_\_\_\_ para  
recobrar un(a): (fecha)

Si una reducción ha de entrar en vigencia empezando por la primera concesión recibida después de la fecha de la reducción propuesta, se le informará de la fecha de comienzo y de la cantidad de la primera concesión reducida. A partir de entonces, la cantidad recobrada cada ciclo puede variar según los cambios en sus necesidades domésticas al igual que el número de recobros registrados. Sin embargo, la cantidad no será afectada por el ingreso presupuestario.

Si sus necesidades domésticas actuales (añadidas de antemano, alquiler y asignación miscelánea, de haberla) y el número de recobros no cambian, el recobro durará aproximadamente \_\_\_\_\_ pagos.

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



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

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

Current Grant: \_\_\_\_\_

Next Grant: \_\_\_\_\_

## Notice of Change in Grant

Fold

Fold



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

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Beneficio Actual: \_\_\_\_\_

Proximo Beneficio: \_\_\_\_\_

## Aviso de Cambio de Beneficio

Fold

Fold

## Timely Aid-Continuing Fair Hearing Language Insert 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 or write to the Center that handles your case. 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 the attached 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.

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 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: \_\_\_\_\_  
Street Apt. # City State Zip Code

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

Signature: \_\_\_\_\_

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

## Hoja sobre Audiencia Imparcial Oportuna para la Continuación de Beneficios 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 o escriba al Centro que administra su caso. 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 de que usted desea que tal persona 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 obogacía 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 las hojas adjuntas.

### PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

**Mantenimiento de Sus Beneficios Sin Cambios:** Sus beneficios continuarán sin cambios, hasta que la Audiencia Imparcial emita la decisión, si solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en este aviso.

Tenga en cuenta que si solamente pide una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, dentro del plazo de tiempo que se indica en la sección de Mantenimiento de Sus Beneficios, sus beneficios no continuarán al mismo nivel.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba una 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 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 Imparcial sea emitida.**

**Fecha Límite:** Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, usted 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 o 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 Letras de Molde: \_\_\_\_\_ Número de Caso: \_\_\_\_\_

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

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