



# 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 #04-134-OPE

### REVISIONS TO THE NOTICE OF REQUEST FOR EMERGENCY ASSISTANCE FOR AN ACTIVE PUBLIC ASSISTANCE CASE (W-145N) AND ACCEPTANCE/DENIAL OF REQUEST/APPLICATION FOR EMERGENCY HOUSING AID (W-145P)

Date: July 27, 2004	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>This policy bulletin is to inform staff that the Request for Emergency Assistance for an Active Public Assistance Case (<b>W-145N</b>) and Notice of Acceptance/Denial of Request/Application for Emergency Housing Aid (<b>W-145P</b>) have been revised.</p> <p>Both forms have been designated “LLF” to comply with Local Law 73 requirements and therefore will be available in six foreign languages in addition to English: Arabic, Chinese, Haitian Creole, Korean, Russian and Spanish.</p> <p>The <b>W-145N</b> has been changed from a combined English/Spanish form to separate forms in English and Spanish.</p> <p>The following changes were made to the Fair Hearing section of Form <b>W-145P</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A new toll-free number, (800) 342-3334, and an online Web site have been added for applicants/participants to request a State Fair Hearing. The online address is <a href="http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp">http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp</a>.</li> <li>• A statement was added to encourage applicants/participants to make a written request for a Fair Hearing to the State if they are unable to reach the State by phone, fax, in person, or online prior to the deadline.</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*

- 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."

Center Directors must ensure that all prior versions of the **W-145N** and **W-145P** are recycled.

*Effective Immediately*

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

**Attachments:**

- W-145N** Request for Emergency Assistance for an Active Public Assistance Case (Rev. 7/27/04)
- W-145N (S)** Request for Emergency Assistance for an Active Public Assistance Case (Spanish)
- W-145P** Notice of Acceptance/Denial of Request/Application for Emergency Housing Aid (Rev. 7/27/04)
- W-145P (S)** Notice of Acceptance/Denial of Request/Application for Emergency Housing Aid (Spanish) (Rev. 7/27/04)



Job Center: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
JOS/Worker \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Case Name \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Case Number \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Phone number where we can reach you \_\_\_\_\_

**Request for Emergency Assistance for an Active Public Assistance Case**

I am requesting:

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

because:

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

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

Time (AM/PM): \_\_\_\_\_



Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
JOS/Trabajador  
Monto de Casos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Caso  
\_\_\_\_\_  
Número del Caso  
\_\_\_\_\_  
Dirección  
\_\_\_\_\_  
Número de teléfono donde podamos  
encontrarle

**Solicitud para Asistencia de Emergencia para un Caso de Asistencia Pública Activo**

Estoy solicitando:

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

debido a que:

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

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

Hora (AM/PM) : \_\_\_\_\_



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

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

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

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

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

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

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

### Notice of Acceptance/Denial of Request/Application for Emergency Housing Aid

Fold Here

Fold Here

On \_\_\_\_\_, you requested emergency housing aid for yourself and your children. We are sending this  
(date)  
notice to inform you that we have:

**ACCEPTED** your request for emergency housing aid. We will help you by \_\_\_\_\_.  
(date)

A check covering your request for **Emergency Housing Aid** totaling \$ \_\_\_\_\_.

**(check one)**

is being sent to you under separate cover.

was issued to you at the Job Center on \_\_\_\_\_.  
(date)

is being issued as a direct vendor check payable to your landlord.

**DENIED** your request for emergency housing aid because: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

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 social services 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 Aceptación/Rechazo de Petición/ Solicitud para Asistencia de Emergencia de Vivienda

Pliegue Aquí

Pliegue Aquí

El \_\_\_\_\_, usted solicitó asistencia de vivienda de emergencia para usted, o para usted y sus hijos.  
(fecha)

Por medio de este Aviso queremos informarle que nosotros hemos:

**ACEPTADO** su solicitud de asistencia de emergencia. Le ayudaremos a más tardar el \_\_\_\_\_  
(fecha)

Un cheque que cubre su solicitud de **Ayuda de Emergencia de Vivienda** por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_

**(seleccione una)**

le ha sido enviado por separado.

le fue entregado en el Centro de Trabajo el \_\_\_\_\_

ha sido emitido como cheque directo a su casero.  
(fecha)

**DENEGADO** su solicitud de asistencia de emergencia de vivienda porque: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La(s) disposición(es) legal(es) o reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal forma es/son: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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 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 pedir las 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 servicios sociales.

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: \_\_\_\_\_