



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 #04-182-OPE

REVISION OF SELECTED MULTILINGUAL FORMS

<p>Date: October 18, 2004</p>	<p>Subtopic(s): Forms</p>
<p><input type="checkbox"/> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff that the following forms have been revised to accommodate new format specifications required for all forms subject to multilingual translation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notification of Application Withdrawal (Cash Assistance, Food Stamps and Medical Assistance) (M-3mm) • Safety Net Assistance (SNA) Application Supplement (M-687m) • Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need (W-145HH) <p>Additional changes were made as follows:</p> <p>Form M-3mm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The label "Notice Date" was changed to "Date." <p>Form M-687m:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A blank line used for free response text was replaced by a text box. <p>Form W-145HH:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The "LLF" designation was added to the form header to indicate that the form meets Local Law 73 requirements (mandating HRA to translate all City-generated documents that affect participant benefits). • A blank line used for free response text was replaced by a text box.

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*

Center Directors should ensure that all previous versions of these forms are recycled.

Samples of the revised forms are attached.

Effective Immediately

Attachments:

☐ Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

- M-3mm** Notification of Application Withdrawal (Cash Assistance, Food Stamps and Medical Assistance) (Rev. 10/18/04)
- M-3mm (S)** Notification of Application Withdrawal (Cash Assistance, Food Stamps and Medical Assistance) (Spanish) (Rev. 10/18/04)
- M-687m** Safety Net Assistance (SNA) Application Supplement (Rev. 10/18/04)
- M-687m (S)** Safety Net Assistance (SNA) Application Supplement (Spanish) (Rev. 10/18/04)
- W-145HH** Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need (Rev. 10/18/04)
- W-145HH (S)** Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need (Spanish) (Rev. 10/18/04)



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Caseload: _____

FH&C Telephone: _____

**Notification of Application Withdrawal
(Cash Assistance, Food Stamps and Medical Assistance)**

The Agency's decision(s) on your application dated _____ is/are explained below, next to the checked box(es) .

Cash Assistance (Public Assistance)

You have withdrawn your application for cash assistance.

Food Stamps

You have withdrawn your application for food stamps.

Medical Assistance

You have withdrawn your application for medical assistance.

If you withdraw your application for cash assistance, food stamps, or medical assistance, you may reapply at any time for any program.

Your Right to a Fair Hearing

You have a right to a Fair Hearing even if you have agreed in writing that your application should be withdrawn but you feel that you were given incorrect or incomplete information about your eligibility for the covered program or service. See regulation 18 NYCRR § 350-3.1 (b) (1).

If your situation is extremely serious, please explain your situation; the State will attempt to process your request for a Fair Hearing as quickly as possible. If you call to request a Fair Hearing, please be prepared to explain your situation to the person who answers the phone.

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.**

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:
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.

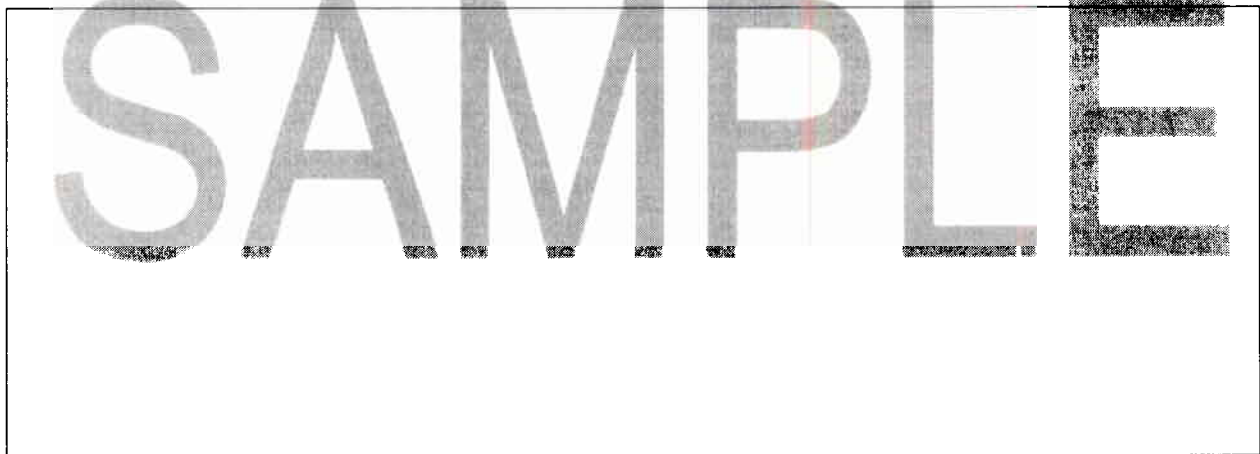
INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on page 1 of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

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: _____
 First Name M I Last Name

Address: _____ Telephone: _____
 Address Line 1
 Address Line 2
 City State Zip Code

Signature: _____ Date: _____



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

**Aviso de Retiro de la Solicitud
(Asistencia de Dinero en Efectivo, Cupones para Alimentos y Asistencia Médica)**

La(s) decisión(es) con respecto a su solicitud con fecha _____ se explica(n) más abajo, junto a la(s) casilla(s) marcada(s) .

Asistencia de Dinero en Efectivo (Asistencia Pública)

Usted ha retirado su solicitud de asistencia de dinero en efectivo.

Cupones para Alimentos

Usted ha retirado su solicitud de cupones para alimentos.

Asistencia Médica

Usted ha retirado su solicitud de asistencia médica.

Si usted retira su solicitud de asistencia de dinero en efectivo, cupones para alimentos o asistencia médica, puede volver a presentar su solicitud en cualquier momento para cualquiera de los programas.

Su Derecho a una Audiencia Imparcial

Usted tiene derecho a una Audiencia Imparcial aun si ha aceptado por escrito que su solicitud sea retirada, pero estima que le proporcionaron información incorrecta o incompleta sobre su elegibilidad respecto al programa o servicio cubierto. Vea la disposición reglamentaria 18 NYCRR § 358-3.1 (b) (1).

Si su situación resulta extremadamente grave, favor de proporcionar detalles; el Estado intentará tramitar su solicitud de una Audiencia Imparcial lo más pronto posible. Si nos llama para pedir una Audiencia Imparcial, favor de estar listo para explicar su situación a la persona que conteste el teléfono. De igual forma explique su situación cuando escriba para solicitar una Audiencia Imparcial si lo decide e incluya una copia de este aviso.

Firma del JOS/Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR 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 la mano cuando llame.)

(2) POR ESCRITO: Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Favor de guardar una copia para usted.)

(3) POR FAX: Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.

(4) EN PERSONA: Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:
14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.

(5) POR INTERNET: Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

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



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Worker: _____

Safety Net Assistance (SNA) Application Supplement

The Welfare Reform Act of 1997 limits the amount of time an adult can receive Cash Assistance to 60 months. You and all adult members of your case (including noncomplying individuals) must apply for Safety Net Assistance if you want to receive Public Assistance after your Family Assistance eligibility ends.

This application supplement must be completed by all Family Assistance (FA) households who meet the following conditions:

- The household is approaching the end of the 60-month time limit on the receipt of Family Assistance.
- The household is still in need of temporary assistance.
- The household consists of an able-bodied adult (including noncomplying individuals) who is not exempt from participating in work activities outlined in Department of Labor Regulation 18 NYCRR 1300.2.

You and all adult members of your case (including noncomplying individuals) must complete this application and bring it to your application interview. In addition, you must submit documentation of any changes in your household's circumstances. If you do not file this application, you and your family will not be eligible to receive Safety Net Assistance when the household reaches the 60-month limit on cash benefits. Please note that a new application is not required to continue to receive Medicaid, food stamps or child care. The requirement for an application for SNA is contained in 18 NYCRR 350.4(b).

18 NYCRR 370.2(c)(11) also requires that you complete and sign a Repayment Agreement form (W-163A) and an Assignment of Future Earnings form (DSS-4530) as a condition of SNA eligibility. These forms will be given to you to read and sign at your interview.

Please answer the following questions:

1. Do you want Safety Net Assistance when your 60-month limit on cash assistance is reached?

Yes No

2. Have there been any changes in your household's circumstances since your last recertification or contact with this agency (including people moving in or out, moving, obtaining or losing a job, etc.)?

Yes No

If yes, please explain the change below and provide any proof of it.

Explain change:

You must bring your most recent utility bill, the name and address of your landlord and your most recent rent receipt with you. **The reason for this is if you are found eligible for Safety Net Assistance when you reach your 60-month time limit for cash assistance, most of your benefits will be paid directly to vendors, such as your landlord and utility company. A portion of your benefits may be provided in cash.**

In order to receive Safety Net Assistance, you must sign and date where indicated. Since this is a supplement to your application and/or your recertification application where you checked the box "cash assistance," all certifications, authorizations, consents, releases, assignments and other information you read, agreed to, and signed on your original application forms remain in effect.

In signing this application, I swear and affirm, under penalty of perjury, that all the information I have provided is accurate. I understand that if any of my benefits are changed as a result of this information, I will receive notice before the change is made.

Applicant's Signature: _____ Date: _____

Spouse's Signature: _____ Date: _____

Other Adults: _____ Date: _____

_____ Date: _____

_____ Date: _____

Witness: _____ Date: _____

SAMPLE



Fecha: _____

Nombre del Caso: _____

Número del Caso: _____

Trabajador: _____

Suplemento de la Solicitud de Asistencia de Red de Seguridad (Safety Net Assistance – SNA)

La Ley de Reforma del Bienestar Público (Welfare Reform Act) de 1997 limita la cantidad de tiempo que un adulto puede recibir Asistencia de Dinero en Efectivo (Cash Assistance) a 60 meses. Usted y todo miembro adulto de su caso (incluyendo personas que no estén cumpliendo) tienen que solicitar para Asistencia Red de Seguridad (Safety Net Assistance – SNA) si desean recibir Asistencia Pública después que termine su elegibilidad para Asistencia para Familias (Family Assistance – FA).

Este suplemento de solicitud debe ser llenado por todos los hogares de Asistencia Familiar (Family Assistance – FA) que reúnan los siguientes requisitos:

- El hogar se está acercando al final del límite de 60 meses para recibir Asistencia para Familias.
- El hogar todavía necesita asistencia temporaria.
- El hogar consiste de un adulto sano y capacitado (incluido a personas que no estén cumpliendo) que no sea exento de participar en actividades de trabajo explicadas en la Reglamentación 18 NYCRR § 1300.2 del Departamento del Trabajo.

Usted y todos los miembros adultos de su caso (incluido a personas que no estén cumpliendo) deben completar esta solicitud y traerla a su entrevista de solicitud. Además, usted tiene que someter documentación de cualquier cambio en las circunstancias de su hogar. Si usted no presenta esta solicitud, usted y su familia no serán elegibles para recibir Asistencia Red de Seguridad cuando el hogar alcance el límite de 60 meses en los beneficios de dinero en efectivo. Favor de notar que una nueva solicitud no es requerida para continuar recibiendo Medicaid, Cupones para Alimentos o cuidado para niños. El requisito para una solicitud de SNA se encuentra en 18 NYCRR § 350.4(b).

18 NYCRR § 370.2(c)(11) también requiere que usted complete y firme un formulario de Acuerdo de Reembolso (Repayment Agreement – W-163A) y un formulario de Asignación de Futuros Ingresos (Assignment of Future Earnings – DSS-4530) como condición de elegibilidad respecto a SNA. Estos formularios le serán entregados para que los lea y los firme durante su entrevista.

Favor de contestar las siguientes preguntas:

1. ¿Desea Asistencia Red de Seguridad cuando alcance su límite de 60 meses en Asistencia de dinero en efectivo?

Sí No

2. ¿Ha habido cualquier cambio en las circunstancias de su hogar desde su última recertificación o contacto con esta agencia (incluye personas que se alojen o desalojen, mudanzas, consiguiendo o perdiendo un trabajo, etc.)?

Sí No

De ser sí, favor de explicar a continuación el cambio proporcione prueba de ello.

Explique el cambio:

Usted debe traer su factura de servicios públicos, el nombre y dirección de su casero y su recibo del alquiler más reciente. La razón por esto es que, si le encuentran elegible para Asistencia Red de Seguridad cuando alcance su límite de tiempo de 60 meses de asistencia de dinero en efectivo, casi todos sus beneficios serán pagados directamente a los proveedores de servicios, tales como su casero y su compañía de servicios públicos. Una porción de sus beneficios puede ser proporcionada en dinero en efectivo.

Para poder recibir Asistencia Red de Seguridad, usted tiene que firmar y fechar donde aparece indicado. Ya que esto es un suplemento a su solicitud y/o su solicitud para recertificación donde usted marcó la casilla "asistencia de dinero en efectivo", todas las certificaciones, autorizaciones, consentimientos, permisos, asignaciones y otra información que leyó, acordó, y firmó en sus formularios de solicitud original, permanecerán en efecto.

Al firmar esta solicitud, yo juro y afirmo bajo la penalidad de perjurio, que toda la información que yo he proporcionado es exacta. Yo comprendo que algunos de mis beneficios son cambiados como resultado de esta información, yo recibiré aviso antes que se haga el cambio.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Cónyuge: _____ Fecha: _____

Otros Adultos: _____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

SAMPLE



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Caseload: _____
Worker Name: _____
Worker Phone: _____
FH&C Phone: _____

Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need

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

Immediate Needs

This notice applies only to your request for assistance to meet an immediate need. If you have also applied for ongoing public assistance, this notice does not affect your application for ongoing public assistance. You will also receive a notice advising you of this Agency's decision on your application for ongoing public assistance when your eligibility has been determined.

If your application for ongoing public assistance is denied for failure to comply with eligibility requirements, a second request for an immediate need/emergency grant within three months of the original application denial may also be denied unless you can document good cause for your original failure to comply.

On _____, you requested assistance to meet an immediate need of _____.
(date)

We are giving you this notice to tell you that your request for an immediate need grant was evaluated and the following decision was made:

- An emergency preinvestigation grant in the amount of \$ _____ will be available to you on _____ (date).
- Assistance to meet an immediate need is denied because:
 - when you applied for public assistance on _____ (date) (within the last three months), you were issued:
 - immediate need grant(s)
 - health and safety kit(s)
 - and subsequently failed to comply with the eligibility requirements without good cause.
- other:

The law(s) and/or regulation(s) which allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 351.1, § 351.8 and § 352.7.

Medical Assistance

- If you need help with your medical bills, you must apply separately for medical assistance. If you want more information about eligibility for medical assistance, call the Worker's telephone number listed above.
- Your medical assistance stays the same.
- Your application for medical assistance is being reviewed. We will send you our decision within 30 days.

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.**

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:
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

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 and/or medical assistance issues.

Note: If your situation is extremely serious please explain your situation; the State will attempt to process your request for a Fair Hearing as quickly as possible. If you call to request a Fair Hearing, please be prepared to explain your situation to the person who answers the phone.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance 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:

SAMPLE

Print Name: _____ Case Number: _____

First Name M.I. Last Name

Address:

Address Line 1

Address Line 2

Telephone: _____

City State Zip Code

Signature: _____ Date: _____



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

Aviso de Decisión sobre la Asistencia para Cubrir una Necesidad Inmediata

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

Necesidades Inmediatas

Esta aviso corresponde solamente a su solicitud de asistencia para cubrir una necesidad inmediata. Si usted también ha solicitado asistencia pública actual este aviso no afecta a su solicitud de dicha asistencia. Usted también recibirá un aviso notificándole de la decisión de esta Agencia sobre su solicitud de asistencia pública actual cuando se haya determinado su elegibilidad.

Si su solicitud de asistencia pública actual es rechazada debido a incumplimiento de requisitos de elegibilidad, puede que también se rechace una segunda solicitud para recibir una concesión de emergencia/necesidad inmediata si la misma es presentada a menos de tres meses de haber sido rechazada la primera solicitud al menos que muestre pruebas válidas que justifiquen su incumplimiento respecto a la primera solicitud.

El _____, usted solicitó asistencia para cubrir una necesidad inmediata de _____.

Por medio del presente aviso le informamos de que hemos aprobado asistencia para cubrir sus necesidades inmediatas del siguiente modo:

- Una concesión de emergencia preinvestigación por la cantidad de \$ _____ estará disponible para usted el _____ (fecha).
- Asistencia para cubrir una necesidad inmediata es rechazada debido a que:
 - cuando usted solicitó asistencia pública el _____ (fecha) (dentro de los últimos tres meses), se le ha(n) otorgado:
 - concesión(es) para necesidades inmediatas
 - botiquín(es) de salud y seguridad

y usted no cumplió posteriormente con los requisitos de elegibilidad sin motivo justificado.

otro: _____

La(s) ley(es) y/o regulación(es) que nos permite(n) obrar de tal forma es(son) 18 NYCRR § 351.1, § 351.8 y § 352.7.

Asistencia Médica

- Si usted necesita ayuda para pagar sus facturas médicas, tiene que solicitar asistencia médica por separado. Si desea más información sobre elegibilidad para asistencia médica, llame al número de teléfono de su Trabajador más arriba.
- Su asistencia médica permanecerá sin cambios.
- Se está evaluando su solicitud de asistencia médica. Le enviaremos nuestra decisión dentro de 30 días.

Firma del JOS/Trabajador Fecha Firma del Supervisor Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR 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 la mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:
14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

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

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarlo a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar 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, éstas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pida. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

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

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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 y/o asistencia médica.

Nota: Si su situación resulta extremadamente grave favor de explicarla, el Estado intentara procesar su solicitud para una Audiencia Imparcial lo más pronto posible. Si nos llama para pedir una Audiencia Imparcial, favor de estar listo para explicar su situación a la persona que conteste el teléfono.

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:

SAMPLE

Nombre en Letra de Molde: _____
Nombre _____ I. Apellido _____ Número de Caso: _____

Dirección: _____
Línea 1 de Dirección _____
Línea 2 de Dirección _____ Teléfono: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Firma: _____ Fecha: _____