



# 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 #04-189-OPE (This Policy Bulletin Replaces PB #02-19-ELI)

### OBSOLETION OF FORM EXP-53N

<b>Date:</b> October 27, 2004	<b>Subtopic(s):</b> Forms
<p>☞ This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>☞ Please use Print on Demand to obtain copies of forms.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff that the Notice of Intent to Change Benefits for Noncooperation with Child Support Program Requirements (Timely) Form (<b>EXP-53N</b>) has been made obsolete.</p> <p>The manual notice “Notice of Intent to Change Benefits for Noncooperation with Child Support Program Requirements” (Timely) (<b>EXP-53N</b>) is being made obsolete due to the revisions that have been made to language in the automated Client Notification System (CNS). The Worker will input the appropriate noncompliance code(s) into the Welfare Management System (WMS), which will generate a notice to the participant. The revised CNS language clearly informs participants which requirement(s) they failed to comply with and how to remedy the situation(s). No further manual notices for sanctioned participants should be produced by a Worker.</p> <p>Center Directors must ensure that all versions of Form <b>EXP-53N</b>, including Spanish and other multilingual translations, are removed from circulation and recycled.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p><b>Attachments:</b></p> <p><b>EXP-53N</b> Notice of Intent to Change Benefits for Noncooperation with Child Support Program Requirements (Timely) (Obsolete)</p>

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*

**EXP-53N (S)** Notice of Intent to Change Benefits for  
Noncooperation with Child Support Program  
Requirements (Timely) (Spanish) (Obsolete)

Center/Office (Name, Number and Address)



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

Unit Name: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

### Notice of Intent to Change Benefits for Noncooperation with Child Support Program Requirements (Timely)

Fold Here

Fold Here

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

#### PUBLIC ASSISTANCE

**REDUCE** your public assistance benefits, effective \_\_\_\_\_, from \$ \_\_\_\_\_ to \$ \_\_\_\_\_.  
(date)

Your public assistance benefits will be reduced because you failed to comply with child support requirements.

The Child Support Enforcement Unit on \_\_\_\_\_ determined that \_\_\_\_\_ failed to  
(date) (name)

(check  all that apply):

- Appear for a child support interview on \_\_\_\_\_  
(date)
- Provide required information or attest to lack of information as follows: \_\_\_\_\_
- Appear to participate in a court or other hearing on \_\_\_\_\_  
(date)
- Submit him/herself and/or child to paternity testing on \_\_\_\_\_  
(date)
- Pay support payments to the Support Collection Unit.
- Other \_\_\_\_\_

A sanction for noncompliance of the child support requirement(s) as indicated above will continue until \_\_\_\_\_  
(name)  
complies with the child support requirement(s). When \_\_\_\_\_ contacts the Child Support Enforcement Unit,  
(name)  
s/he will be told what action(s) must be taken to lift the sanction. The sanction will be lifted when s/he takes the required action(s).

If \_\_\_\_\_ did not comply but wants to report a good cause for not complying with the requirements, s/he  
(name)  
should call ( \_\_\_\_\_ )  
(telephone number)

#### Some examples of a good cause for not complying with child support requirements are:

- Fear of emotional or physical harm to you or your children in your family; or
- the child was born due to rape or incest; or
- the child is freed for adoption; or
- you are now being assisted by an agency to determine whether to put the child up for adoption and discussions have not gone on for more than three (3) months.

To find out more information about lifting the sanction, call ( \_\_\_\_\_ )  
(telephone number)

This decision is based on 18 NYCRR § 369.2.

#### FOOD STAMPS

**CONTINUE** your Food Stamp Benefits unchanged.

This decision is based on 18 NYCRR \_\_\_\_\_.

#### MEDICAL ASSISTANCE

**CONTINUE** the medical assistance coverage for \_\_\_\_\_ unchanged.  
(name[s])

**CONTINUE** the medical assistance coverage for \_\_\_\_\_ pending  
(name[s])  
our review of eligibility. We will send you our decision within thirty (30) days.

This decision is based on 18 NYCRR \_\_\_\_\_.

#### SERVICES

If you are receiving social services and lose your public assistance and medical assistance benefits, we will need to see whether you still can receive social services at your next scheduled recertification. This does not necessarily mean that you will no longer receive social services. At your recertification, we will do a redetermination to see if you can continue to receive social services. If you have any questions, please contact your Worker, or call the general phone number at the top of this notice.

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. If you only ask for a conference, your benefits will not stay the same while you appeal. Your benefits will stay the same only if you ask for a State Fair Hearing. (See the Continuing Your Benefit(s) section.)

### 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

**Continuing Your Benefit(s):** Your benefits will continue unchanged, until a Fair Hearing decision is issued, if you ask for a Fair Hearing before the effective date stated in this notice.

If 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: \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_  
Street Apt. # City State Zip Code

Center/Office (Name, Number and Address)



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

Nombre de la Unidad: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Núm. de Tel. de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso de la Intención de Cambiar los Beneficios por Falta de Cooperación con los Requisitos de Mantenimiento de Niños (A tiempo definido)

Pliegue Aquí

Pliegue Aquí

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

#### ASISTENCIA PÚBLICA

**REDUCCIÓN** de sus beneficios de asistencia pública, a partir del \_\_\_\_\_ de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ (fecha)

Sus beneficios de asistencia pública serán reducidos por usted no haber cumplido los requisitos de mantenimiento de niños. En \_\_\_\_\_ la Unidad de Aplicación de Mantenimiento de Niños ha determinado que \_\_\_\_\_ (fecha)

\_\_\_\_\_ no cumplió por no (marque  las casillas correspondientes):  
(nombre y apellido)

Presentarse a una entrevista de mantenimiento de niños \_\_\_\_\_ (fecha)

Proporcionar la información requerida o dar fe respecto a la falta de dicha información del siguiente modo: \_\_\_\_\_

Participar en una audiencia judicial o de otro tipo el \_\_\_\_\_ (fecha)

Someterse y/o someter a un niño a pruebas de paternidad en \_\_\_\_\_ (fecha)

Hacer los pagos de mantenimiento asignados por la Unidad de Cobro de Mantenimiento (Support Collection Unit).

Otra razón \_\_\_\_\_

La sanción por incumplimiento de requisito(s) de mantenimiento de niños, tal como se indica más arriba, seguirá vigente hasta que \_\_\_\_\_ cumpla los requisitos de mantenimiento de niños. Si \_\_\_\_\_ se comunica con al Unidad de Mantenimiento de Niños (Child Support Enforcement Unit), se le informará con respecto a la(s) medida(s) que debe(n) ser tomada(s) para poner fin a la sanción, que terminará al tomarse dicha(s) medida(s).

Si \_\_\_\_\_ no cumplió con los requisitos de mantenimiento de niños, pero ahora desea presentar causa válida por no haber cumplido, debe llamar al \_\_\_\_\_ (nombre y apellido) (número de teléfono)

#### Aparecen a continuación ejemplos de causa válida por no haber cooperado con los requisitos de mantenimiento de niños:

- Temor a perjuicios emocionales o físicos para usted o sus niños; o
- el niño nació a consecuencia de violación o incesto; o
- el niño está disponible para adopción; o
- una agencia le está ayudando actualmente a determinar si el niño debiera ser adoptado y ha tratado el tema por no más de (3) meses.

Para más información sobre como levantar la sanción, llame al \_\_\_\_\_ (número de teléfono)

Esta decisión se ha tomado conforme a 18 NYCRR § 369.2.

#### CUPONES PARA ALIMENTOS

**CONTINUACIÓN** de los beneficios de cupones para alimentos sin cambio.

Esta decisión se ha tomado conforme a 18 NYCRR \_\_\_\_\_

#### ASISTENCIA MÉDICA

**CONTINUACIÓN** de la cobertura de asistencia a razón de \_\_\_\_\_ sin cambios. (nombre[s])

**CONTINUACIÓN** de la cobertura de asistencia a razón de \_\_\_\_\_ previo (nombre[s])

repasso de su elegibilidad por parte nuestra. Le enviaremos nuestra decisión dentro de treinta (30) días.

Esta decisión se ha tomado conforme a 18 NYCRR \_\_\_\_\_

#### SERVICIOS

Si usted recibe servicios sociales y pierde los beneficios de asistencia pública y asistencia médica, tendremos que cerciorarnos, durante su próxima recertificación, de que usted aún tiene derecho a servicios sociales. Esto no supone necesariamente que dejará de recibir servicios sociales. Durante la recertificación, volveremos a determinar si tiene derecho a seguir recibiendo servicios sociales. Para cualquier pregunta, favor de comunicarse con su Trabajador o llamar al número de teléfono general que aparece en la parte superior de este aviso.

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**

## 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 escríbanos 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. Si sólo solicita una conferencia, sus beneficios no se mantendrán sin cambios durante su apelación. Para mantener sus beneficios sin cambios debe solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. (Refiérase a la sección de Mantenimiento de Sus Beneficios.)

### 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 escríbanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la primera página de este aviso.

### PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

**Mantenimiento de Sus Beneficios:** Sus beneficios continuarán sin cambios, hasta que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de entrada en vigor indicada en el presente aviso.

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 las casillas 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, asistencia médica y servicios sociales, y noventa (90) días para asuntos de Cupones para Alimentos.

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

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

Nombre en Letras de Molde: \_\_\_\_\_

Número de Caso: \_\_\_\_\_

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

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante:

Fecha: