



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 #04-29-OPE

INFORMATION ABOUT NYCWAY FORMS ASSIGNED FIA NUMBERS

<p>Date: February 13, 2004</p>	<p>Subtopic(s): Forms</p>
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this bulletin is to inform staff that, in preparation for the implementation of system-generated multilingual forms, selected NYCWAY notices have been consolidated into new forms. Form numbers have been assigned to these new NYCWAY forms. These forms are designed with new standardized formats, such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The Spanish language form has been separated from the English language form to facilitate the multilingual translation of forms. • The address area on the upper left-hand side of the forms, the logo, and the data underneath the logo have been removed and the new standardized format for each has been added. • The body of each form provides the telephone number of the appointment destination, a more detailed appointment address listing and an area to specify the travel directions. • The Social Security number field is not being provided in response to participant confidentiality concerns. <p>Employment Call-In</p> <p>W-116N Referral to Employment Office</p> <ul style="list-style-type: none"> • 105E: Referred for Employment Appointment – Employable • 193C: SAP Referral to CSM Vendor • 193S: CSM Vendor Referral to Substance Abuse Service Center (SASC)

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*

W-502 Referral to Skills Assessment and Placement Vendor
 This form is associated with Action Code **153S**
 (Undercare Assigned to SAJP Vendor).

Substance Abuse

W-500AA Assessment Appointment Letter
 This form is associated with Action Codes:

- **217A:** FA Letter Requesting Employment Information
- **217E:** Letter Requesting Employment Information

W-500T Mandatory Substance Abuse Assessment
 This form is associated with Action Code **214U** (Out-of-County Substance Abuse Call-In Appointment).

W-500V Mandatory Appointment/Substance Abuse Service Center
 This form is associated with Action Codes:

- **205M:** Employment Return Appointment
- **205S:** SACC Return Appointment
- **214F:** Call-In Letter Appointment
- **214S:** TANF (Temporary Assistance to Needy Families) SACC Nonexempt Return Appointment
- **214T:** TANF SACC Exempt Return Appointment

The consolidation of these notices does not affect the current process or use of the NYCWAY codes associated with the various actions. However, each consolidation form can now be driven by one or more NYCWAY action codes according to subject matter.

Effective Immediately

Attachments:

Employment Call-In:

W-116N Referral to Employment Office
W-116N(S) Referral to Employment Office (Spanish)

W-502 Referral to Skills Assessment and Placement Vendor
W-502(S) Referral to Skills Assessment and Placement Vendor (Spanish)

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

Substance Abuse

W-500AA Assessment Appointment Letter

W-500AA(S) Assessment Appointment Letter (Spanish)

W-500T Mandatory Substance Abuse Assessment

W-500T(S) Mandatory Substance Abuse Assessment (Spanish)

W-500V Mandatory Appointment/Substance Abuse Service
Center

W-500V(S) Mandatory Appointment/Substance Abuse Service
Center (Spanish)



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
CIN: _____
Action Code: _____

Referral to Employment Office

Dear Sir/Madam:

You must report to the FIA Employment Office with this form.

Appointment Date: _____ Day: _____ Time: _____ Phone: _____

Location:

Location Name _____
Address Line 1 _____
Address Line 2 _____
City _____ State _____ Zip Code _____

Travel Directions:

As a condition for eligibility for Public Assistance, you must report to and cooperate with the FIA Employment Office indicated above. If you are a single parent or caretaker relative of a dependent child, you may have an opportunity to participate in a range of work activities, including work experience, job search and education/training program. Failure to cooperate may make you ineligible for Public Assistance.

This is a mandatory engagement appointment. Failure to keep this appointment or failure to participate as required may result in the reduction of your current public assistance benefits and/or food stamps. Please bring this letter to your appointment.

Please Note: Failure to comply with Public Assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.

Sincerely,

Catherine McAlevy
Deputy Commissioner



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

CIN: _____

Código de Acción: _____

Envío a la Oficina de Empleo

Estimado(a) Señor(a):

Usted debe presentarse a la Oficina de Empleo de la FIA con este formulario:

Fecha de la Cita: _____ Día: _____ Hora: _____ Teléfono: _____

Local: _____

Nombre del Local

Línea de Dirección 1

Línea de Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

Indicaciones de Viaje:

Como requisito de elegibilidad para Asistencia Pública, usted debe presentarse y cooperar con la Oficina de Empleo de la FIA mencionada más arriba. Si es usted un padre o una madre soltero(a) o un tutor pariente de algún niño dependiente, puede que tenga la oportunidad de participar en una variedad de actividades de trabajo, incluyendo experiencia en el trabajo, búsqueda de empleo, y programas educativos y de capacitación. Su incumplimiento puede quitarle el derecho a Asistencia Pública.

Esta es una cita obligatoria de participación de actividades, de no acudir a la cita o participar del modo requerido, sus beneficios actuales de asistencia pública y/o cupones de alimentos pueden ser reducidos. Favor de traer esta carta a su cita.

Favor de Notar: El no cumplir con los requisitos de trabajo de Asistencia Pública no afecta su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.

Atentamente,

Catherine McAlevey
Subcomisionada



Date: _____
Case Number: _____
Case Type: _____
Caseload: _____
Action Code: _____

Referral to Skills Assessment and Placement Vendor

This is a great opportunity to learn how to look for a job and get free help from experienced employment professionals. If you find a full-time job, you may not need public assistance because:

- you will be able to take care of your own needs and become financially self-sufficient or independent.
- you will have the opportunity for pay increases and better job opportunities.
- you will be exempt from participation in a mandatory work experience program because you will be working and supporting yourself and/or family.

If you are a single parent or caretaker relative, you may have an opportunity to participate in a range of work activities including work experience, job search, and education or training programs.

This is a mandatory engagement appointment.

Since you are subject to public assistance work requirements, you must report to the Assessment Vendor office on the date and at the time printed below. If you do not keep this appointment or do not participate as required, your application for public assistance may be denied or your current public assistance and/or Food Stamp benefits may be reduced for a specific period of time or your public assistance case closed. Failure to comply with public assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid. This appointment can only be rescheduled in cases of emergency; all emergencies must be documented.

The skills you learn at the Skills Assessment and Placement (SAP) Vendor can help you for the rest of your life. No one can do it for you; you have to do it for yourself. GOOD LUCK.

SECTION I

Appointment Date: _____ Day: _____ Time: _____ Phone: _____

Location: _____
Location Name
Address Line 1
City State Zip Code

Travel Directions:

SECTION II

Applicant/Participant Name:		Date of Birth:
Worker Name:	Job Center:	Worker Telephone Number:
Assessment Vendor:		

Telephone number to call in case of emergency: _____ ext.: _____

Applicant/Participant Statement: I understand that as a condition for eligibility for public assistance, I must report to the Assessment Vendor listed above and cooperate with the program. I understand that failure to do so may make me ineligible for public assistance or that my public assistance and/or Food Stamp benefits may be reduced for a specific period of time.

Applicant/Participant Signature

Date



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Tipo de Caso: _____

Unidad de Casos: _____

Codigo de Acción: _____

Envío al Vendedor para Evaluación de Habilidades y de Colocación

Esta es una gran oportunidad para aprender a buscar un empleo y obtener ayuda gratuita de profesionales con experiencia de empleos. Si usted consigue un trabajo a tiempo completo, talvez no tenga necesidad de asistencia pública debido a que:

- usted podrá encargarse de sus propias necesidades y lograr la autosuficiencia o tener independencia económica.
- usted tendrá la oportunidad de obtener aumento de sueldo o mejores oportunidades de empleo.
- usted será exento de participar en el programa obligatorio de experiencia en el trabajo, ya que estará trabajando y manteniendo a su familia y/o a si mismo.

Si es usted un padre o una madre soltero(a) o un tutor pariente de algún niño dependiente, puede que tenga la oportunidad de participar en una variedad de actividades de trabajo, incluyendo experiencia en el trabajo, búsqueda de empleo, y programas educativos y de capacitación.

Esta cita de participación es obligatoria.

Puesto que usted está sujeto a los requisitos de trabajo de asistencia pública, usted debe presentarse a la oficina del Vendedor de Evaluación (Assessment Vendor) en la fecha y horario indicado más abajo. Si usted no acude a esta cita o no participa como se le requiere, su solicitud para asistencia pública puede ser denegada o sus beneficios actuales de asistencia pública y/o Cupones para Alimentos podrían ser reducidos por un período de tiempo determinado o su caso de asistencia pública será cerrado. El no cumplir con los requisitos de trabajo de asistencia pública no afecta su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid. Esta cita solo puede ser programada de nuevo en caso de emergencia; toda emergencia debe ser documentada.

Las habilidades que adquiera con el Vendedor de Evaluación de Habilidades y Colocación (SAP) le pueden ayudar por el resto de su vida. Nadie puede hacer esto por usted; usted mismo debe hacerlo. BUENA SUERTE.

SECCIÓN I

Fecha de la Cita: _____ Día: _____ Hora: _____ Teléfono: _____

Local: _____

Nombre del Local

Línea de Dirección 1

Ciudad

Estado

Código Postal

Indicaciones de Viaje:

SECCIÓN II

Nombre del Solicitante/Participante:	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre del Trabajador:	Centro de Trabajo:	Número de Teléfono del Trabajador:
Vendedor de Evaluación:		

Llamar a este número de teléfono en caso de emergencia: _____ ext.: _____

Declaración del Solicitante o del Participante: Yo entiendo que como condición de elegibilidad para asistencia pública, debo presentarme ante el Vendedor de Evaluación indicado más arriba y cooperar con el programa. Entiendo que de no hacerlo puedo perder mi elegibilidad con respecto a asistencia pública o mis beneficios de asistencia pública y/o Cupones para Alimentos podrían ser reducidos por un periodo de tiempo determinado.

Firma del Solicitante/Participante

Fecha



Date: _____
Case Number: _____
Case Type: _____
Caseload: _____
Action Code: _____

Assessment Appointment Letter

Dear Participant:

The Human Resources Administration (HRA) has received information that you are employed. (This is good news because it symbolizes a concrete step towards financial independence.) HRA policy and New York State regulation require that you report your income to the agency so we may rebudget your case. If you are still employed, please bring two recent pay stubs or a letter from your employer (originals, not photocopies) verifying your wages and hours. You may mail these documents to the agency in the envelope provided, but they must arrive before your appointment date. If you are no longer employed, you will have to keep this appointment and comply with HRA work requirements.

In order to determine your ongoing eligibility for public assistance, you have been scheduled for an appointment at:

Appointment Date: _____ Day: _____ Time: _____ Phone: _____

Location:

Location Name _____
Address Line 1 _____
Address Line 2 _____
City _____ State _____ Zip Code _____

Travel Directions:

If you have any questions or need to reschedule, call the above number before your appointment. If your employment or treatment schedule prevents you from keeping your appointment, you may report your earnings, before the above date, on Saturdays between 9:00 AM and 5:00 PM at:

Location:

Location Name _____
Address Line 1 _____
Address Line 2 _____
City _____ State _____ Zip Code _____

Travel Directions:

This is a mandatory eligibility appointment. Failure to comply/cooperate without good cause may result in the discontinuance of your public assistance.

Sincerely,

Catherine McAlevey
Deputy Commissioner



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Tipo de Caso: _____

Unidad del Caso: _____

Código de Acción: _____

Carta para Cita de Evaluación

Estimado(a) Participante:

La Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) se ha enterado de que usted esta empleado. (Ésta es una buena noticia ya que significa que ha tomado pasos firmes hacia la independencia económica). La política de la HRA y el reglamento del Estado de Nueva York requieren que usted informe a la agencia de a sus ingresos para que podamos ajustar el presupuesto de su caso. Si sigue empleado, por favor traiga dos de los más recientes talones de pagos de su empleador (originales, no fotocopias) que verifiquen su sueldo y horario. Usted puede enviar estos documentos por correo a la agencia en el sobre incluido, pero deben llegar antes de la fecha de su entrevista. Si ya no está empleado tendrá que cumplir con la cita y con los requisitos de empleo de la HRA.

Para poder determinar su elegibilidad continua para asistencia pública, se le ha programado una cita en el:

Fecha de la Cita: _____ Día: _____ Hora: _____ Teléfono: _____

Local: _____

Nombre del Local

Línea de Dirección 1

Línea de Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

Indicaciones de Viaje:

Si tiene cualquier pregunta o si necesita reprogramar la cita, favor de llamar al número más arriba antes de su cita. Si su horario de empleo o tratamiento le impide acudir a la cita, puede informar de sus ingresos, antes de la fecha de arriba, los sábados entre 9:00 AM y 5:00 PM en el:

Local: _____

Nombre del Local

Dirección del Local 1

Dirección del Local 2

Ciudad

Estado

Código Postal

Indicaciones de Viaje:

Esta cita de elegibilidad es obligatoria. El no cumplir/cooperar sin causa válida puede resultar en la discontinuación de sus beneficios de asistencia pública.

Atentamente,

Catherine McAlevey
Subcomisionada



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Case Type: _____
Caseload: _____
Hours: _____
Action Code: _____

Mandatory Substance Abuse Assessment

Dear Participant:

Human Resources Administration (HRA) records indicate that you are currently attending an alcohol/substance abuse outpatient program outside New York City. The New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) permits HRA to require that you receive treatment within New York City's social service district when appropriate treatment exists. In-district care would enable HRA to better assist you to achieve sobriety and thus serve you better.

To accomplish this HRA must reassess your treatment needs. We have scheduled an appointment for a substance abuse assessment to determine the most appropriate level of care and identify if an in-district treatment provider is available.

Your assessment will take place at the Substance Abuse Case Control Program at the address printed below. You must bring written verifiable documentation from your current treatment program detailing your treatment plan, needs and substance use history so we can make an assessment of your ability to engage in any employment activity. Documentation must be typed on the stationery of the treatment program and signed by your counselor.

Appointment Information

Appointment Date: _____ Day: _____ Time: _____ Phone: _____

Location:

Location Name _____
Address Line 1 _____
Address Line 2 _____
City _____ State _____ Zip Code _____

Travel Directions:

If you are unable to keep this appointment you must call the Service Center at _____ before your appointment date. You should be prepared to document why you would be unable to report on that date. If it is determined you have good cause not to keep the appointment, another will be scheduled for you when you call the above number.

This is a mandatory eligibility appointment. Failure to report to this appointment may result in the discontinuance of your public assistance and Medical Assistance.

Sincerely,

Catherine McAlevey
Deputy Commissioner



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Tipo de Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Horas: _____
Código de Acción: _____

Evaluación Obligatoria por Abuso de Sustancias

Estimado Participante:

Los archivos de la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) indican que usted acude actualmente a un programa por abuso de alcohol/sustancias como paciente externo fuera de la ciudad de Nueva York. La Oficina de Asistencia Temporal y de Incapacidad del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance [OTDA]) permite que la HRA exija que usted reciba tratamiento, cuando exista uno apropiado, dentro del distrito de servicios sociales de la ciudad de Nueva York. El cuidado dentro del distrito permitirá que la HRA pueda ayudarle a lograr sobriedad y de esa manera servirle mejor.

Para lograr lo mencionado la HRA debe evaluar nuevamente sus necesidades de tratamiento. Le hemos programado una cita para una evaluación por abuso de sustancias con el propósito de determinar cual es el nivel de cuidado más apropiado y para localizar a un proveedor de tratamiento disponible en el distrito.

Su evaluación llevará a cabo en el Programa de Control de Casos de Abuso de Sustancias en la dirección que aparece más abajo. Usted debe traer documentación verificable de su programa de tratamiento actual detallando su plan de tratamiento, necesidades e historial del uso de sustancia. Esto nos ayudará a evaluar su habilidad para participar en cualquier actividad de empleo. La documentación debe ser escrita a maquina en papel con el membrete del programa de tratamiento y debe ser firmado por su consejero.

Información sobre la cita

Fecha de la Cita: _____ Día: _____ Hora: _____ Teléfono: _____

Local: _____

Nombre del Local

Línea de Dirección 1

Línea de Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

Indicaciones de Viaje:

Si usted no puede acudir a esta cita, debe llamar al Centro de Servicios al _____ antes de la fecha de su cita. Usted debe estar preparado para documentar la razón por la cual no se presentó en tal fecha. Si se determina que usted tiene motivo justificado de no acudir a la cita. Se le programará otra cita cuando usted llame al número más arriba.

Esta cita de elegibilidad es obligatoria. El no presentarse a esta cita puede resultar en la suspensión de su asistencia pública y Asistencia Médica.

Atentamente,

Catherine McAlevey
Subcomisionada



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
CIN: _____
Action Code: _____

Mandatory Appointment/Substance Abuse Service Center

You have been given a mandatory return appointment at the Substance Abuse Service Center (SASC). Please bring the following:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Appointment Date: _____ Time: _____ Phone: _____

Location: _____
Location Name

_____ Address Line 1

_____ Address Line 2

_____ City _____ State _____ Zip Code

Travel Directions:

This is a mandatory eligibility appointment. Failure to keep this appointment or cooperate with eligibility rules may result in the discontinuance of your public assistance. If you have any questions please contact the number above.

Participant's Signature

Date

JOS/FIA Interviewer's Signature

Date



Fecha: _____

Nombre del Caso: _____

Número de Caso: _____

CIN: _____

Código de Acción: _____

Cita Obligatoria/Centro de Servicios por Abuso de Substancias

Se le ha programado una cita de regreso obligatoria con el Centro de Servicios por Abuso de Substancias (Substance Abuse Service Center – SASC). Favor de traer lo siguiente:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____

Local: _____

Nombre del Local

Línea de Dirección 1

Línea de Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

Indicaciones de Viaje:

Esta cita de elegibilidad es obligatoria. El no acudir a esta cita o no cooperar con las reglas de elegibilidad puede resultar en la suspensión de su asistencia pública. Si tiene preguntas al respecto por favor comuníquese al número de teléfono indicado más arriba.

Firma del Participante

Fecha

Firma del Entrevistador de FIA/JOS

Fecha