



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 #04-55-OPE

(This Policy Bulletin Replaces PB# 04-40-OPE)

REPLACEMENT OF THE M-3, M-3ca and M-3e

<p>Date: March 23, 2004</p>	<p>Subtopic(s): Forms</p>									
<p><input type="checkbox"/> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>Revisions to the Original Procedure:</p> <p>This bulletin has been revised to correct the titles of the State notices that replaced the M-3ca and M-3e.</p> <p>Purpose:</p> <p>The purpose of this procedure is to inform staff that effective March 29, 2004, the following FIA notices will be replaced by New York State notices:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Action Taken on Your Application: Public Assistance (PA), Food Stamp (FS) Benefits and Medical Assistance (MA) Coverage (M-3). • Notice of Intent to Change/Continue Benefits: Public Assistance, Food Stamps and Medical Assistance Coverage and Services (M-3ca). • Participant's Acknowledgement of Change in Benefits: Public Assistance, Food Stamps, Medical Assistance and Services (M-3e). <p>The above FIA notices, which are used at the Job Centers, will be replaced as follows:</p>									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>FIA Notice</th> <th>State Replacement Notice</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>M-3</td> <td>LDSS-4013A NYC</td> </tr> <tr> <td></td> <td>LDSS-4013B NYC</td> </tr> </tbody> </table>	FIA Notice	State Replacement Notice	M-3	LDSS-4013A NYC		LDSS-4013B NYC	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Action Taken on Your Application: Public Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Coverage (NYC)</td> </tr> <tr> <td>Action Taken on Your Application: <u>PART B</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Coverage (NYC)</td> </tr> </tbody> </table>	Action Taken on Your Application: Public Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Coverage (NYC)	Action Taken on Your Application: <u>PART B</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Coverage (NYC)
FIA Notice	State Replacement Notice									
M-3	LDSS-4013A NYC									
	LDSS-4013B NYC									
Action Taken on Your Application: Public Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Coverage (NYC)										
Action Taken on Your Application: <u>PART B</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Coverage (NYC)										

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*

FIA Notice	State Replacement Notice
<p>M-3ca</p> <p>New Information</p>	<p>LDSS-4014A NYC Action Taken on Your Recertification: <u>PART A</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (NYC)</p> <p>LDSS-4014B NYC Action Taken on Your Recertification: <u>PART B</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (NYC)</p> <p>LDSS-4015A NYC Notice of Intent to Change Benefits: <u>PART A</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (Timely and Adequate) (NYC)</p> <p>LDSS-4015B NYC Notice of Intent to Change Benefits: <u>PART B</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (Timely and Adequate) (NYC)</p>
<p>M-3e</p> <p>New Information</p>	<p>LDSS-4016A NYC Notice of Intent to Change Benefits: <u>PART A</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (Adequate Only) (NYC)</p> <p>LDSS-4016B NYC Notice of Intent to Change Benefits: <u>PART B</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (Adequate Only) (NYC)</p>
<p>The state notices are comprised of two parts: A and B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Part A addresses scheduled or already effective changes concerning the PA and MA programs. • Part B addresses changes/actions relating to the FS program. It includes an area that addresses overpayment of FS benefits and must be completed whenever the FS benefits will be reduced for this reason. • Both part A and part B must be sent to the applicant/participant when actions for PA, FS and MA are taken on his/her case. (Part B is not required if the applicant/participant is not applying for or in receipt of FS.) 	

- When part **B** is used to notify applicants/participants that the household is eligible for or remains eligible for FS, the Food Stamp Change Report Form (**LDSS-3151**) must also be sent.

In addition, because New York City (NYC) must include language in these notices that does not affect any other county in the State, the Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) created modified versions of the statewide notices for NYC.

Replaces the M-3 as a notification of eligibility for PA and/or FS

FTC/FTR with OCSE

The **LDSS-4013A NYC** and the **LDSS-4013B NYC** must be used to inform a PA/FS applicant of the eligibility determination made on his/her application. The **LDSS-4013A NYC** includes a section that provides specific information to applicants whose cases are accepted with a sanction for failure to comply with the Office of Child Support Enforcement (OCSE), or Substance Abuse (SA) requirements.

For cases that are accepted with an OCSE sanction, Job Opportunity Specialists (JOS)/Workers must be sure to enter the:

- name of the person who failed to cooperate;
- date the infraction occurred;
- reason for the infraction; and
- the telephone number of the OCSE Borough Office of the borough where applicant resided when the sanction was imposed.

Also, in the section labeled "To Lift a Sanction for Non-cooperation with a Child Support Requirement" on the reverse side of the **LDSS-4013A NYC**, JOS/Workers must also enter the name of the person who failed to cooperate and the telephone number of the OCSE Borough Office of the borough where the applicant resided when the sanction was imposed.

FTR/FTC with Substance Abuse

If an individual applying for assistance failed to comply (FTC) or failed to report (FTR) for Substance Abuse (SA) screening, assessment and/or rehabilitation consent, enter the:

- name of the person who failed to cooperate; and
- reason for the infraction; and
- the telephone number of the OCSE Borough Office of the borough where applicant resided when the sanction was imposed.

Pending FS eligibility on the **LDSS-4013B NYC**

At this time the **LDSS-4013B NYC** does not provide an area to address situations where the PA application is rejected but the FS eligibility determination remains pending. The State will be revising all future versions of the **LDSS-4013B NYC** to include an area that addresses pending FS cases at a later date.

Until the **LDSS-4013B NYC** is revised, in instances where a determination of ineligibility for PA has been made on a PA and FS application, but the

determination of eligibility is still pending on the FS portion of the application, Workers must check item 6, "other information," under the **APPROVED** section and enter the information regarding the pended FS application. In this instance, the box next to **APPROVED** must not be checked.

Replaces the **M-3ca** as a timely notice of recertification outcome

The **LDSS-4014A NYC** and the **LDSS 4013B NYC** must be sent when a recertification determination is made on a PA/FS case.

Replaces the **M-3ca** as a timely notice for actions taken between recertifications

The **LDSS-4015A NYC** and the **LDSS-4015B NYC** must be sent whenever there is a change in or action taken on a PA/FS case in between recertifications.

The **LDSS-4014A NYC**, **LDSS-4014B NYC**, **LDSS-4015A NYC** and the **LDSS-4015B NYC** are all automated in the Client Notice System (CNS) and only in instances where the system is down should they be manually processed.

Replaces the **M-3e** as an adequate notice

The **LDSS 4016A NYC** and **LDSS-4016B NYC** are adequate notices and unlike the **M-3e** they do not require the signature of a participant. The **LDSS-4016A NYC** and **LDSS-4016B NYC** should be used in limited circumstances. In instances where an adverse action must be processed immediately, Workers must ensure that the circumstances requiring immediate action are properly documented in the case file. For example, if a participant comes in to the Center and demands that his/her case be closed immediately, request a written statement from the participant and indicate in the file that the participant's request for immediate action prompted the issuance of an adequate notice (**LDSS 4016A NYC** and **LDSS-4016B NYC**).

The **M-3**, **M-3ca**, **M-3e** and their multilingual equivalents will be obsolete effective March 29, 2004. Center Directors must ensure that these forms are recycled.

Effective March 29, 2004

Attachments:

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

LDSS-4013A NYC	Action Taken on Your Application: Public Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Coverage (NYC) (Rev. 2/03)
LDSS-4013A (S) NYC	Action Taken on Your Application: Public Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Coverage (NYC) (Spanish) (Rev. 2/03)
LDSS-4013B NYC	Action Taken on Your Application: <u>PART B</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Coverage (NYC) (Rev. 2/03)
LDSS-4013B (S) NYC	Action Taken on Your Application: <u>PART B</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Coverage (NYC) (Spanish) (Rev. 2/03)

LDSS-4014A NYC	Action Taken on Your Recertification: <u>PART A</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (NYC) (Rev. 2/03)
LDSS-4014A (S) NYC	Action Taken on Your Recertification: <u>PART A</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (NYC) (Spanish) (Rev. 2/03)
LDSS-4014B NYC	Action Taken on Your Recertification: <u>PART B</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (NYC) (Rev. 2/03)
LDSS-4014B (S) NYC	Action Taken on Your Recertification: <u>PART B</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (NYC) (Spanish) (Rev. 2/03)
LDSS-4015A NYC	Notice of Intent to Change Benefits: <u>PART A</u> , Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (TIMELY & ADEQUATE) (NYC) (Rev. 2/03)
LDSS-4015A (S) NYC	Notice of Intent to Change Benefits: <u>PART A</u> , Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (TIMELY & ADEQUATE) (NYC) (Spanish) (Rev. 2/03)
LDSS-4015B NYC	Notice of Intent to Change Benefits: <u>PART B</u> , Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (TIMELY & ADEQUATE) (NYC) (Rev. 2/03)
LDSS-4015B (S) NYC	Notice of Intent to Change Benefits: <u>PART B</u> , Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (TIMELY & ADEQUATE) (NYC) (Spanish) (Rev. 2/03)
LDSS-4016A NYC	Notice of Intent to Change Benefits: <u>PART A</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (Adequate Only) (NYC) (Rev. 2/03)
LDSS-4016A (S) NYC	Notice of Intent to Change Benefits: <u>PART A</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (Adequate Only) (NYC) (Spanish) (Rev. 2/03)
LDSS-4016B NYC	Notice of Intent to Change Benefits: <u>PART B</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (Adequate Only) (NYC) (Rev. 2/03)
LDSS-4016B (S) NYC	Notice of Intent to Change Benefits: <u>PART B</u> Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (Adequate Only) (NYC) (Spanish) (Rev. 2/03)

PUBLIC ASSISTANCE, FOOD STAMP BENEFITS AND MEDICAL ASSISTANCE COVERAGE (NYC)

NOTICE DATE: _____ CASE NUMBER: _____ CIN NUMBER: _____ CASE NAME (Are C/O Name if Present) AND ADDRESS: _____ _____ _____		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE: _____ _____ _____ GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP: _____ OR Agency Conference _____ Fair Hearing information and assistance _____ Record Access _____ Legal Assistance information _____		
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NO.

The action(s) taken on your application dated _____ is explained below and on Part B, next to the checked box(es) :

SEE PART B FOR FOOD STAMP BENEFITS AND FAIR HEARING INFORMATION.

PUBLIC ASSISTANCE

- ACCEPTED** for the period from _____ to _____. You will get \$ _____, which will cover the period from _____ to _____. After this you will get \$ _____.
- The above grant is based on a reduced budget because:
 - _____ failed without good cause to cooperate with the Office of Child Support Enforcement (OCSE) on _____ by _____ (18NYCRR 352.3(d)).
To lift this sanction, call () _____ . Read the detailed instructions on the back of this notice.
 - _____ failed to comply with the following drug/alcohol treatment requirement(s) [18NYCRR 351.2(i)]:
 - screening assessment rehabilitation
 - or, has not provided consent or revoked consent to disclose treatment information to the agency.
 - A RECOUPMENT at the rate of _____ percent (%) is being taken against your Public Assistance. The reason for this recoupment is: _____
 If you believe the recoupment at this rate will cause your family an undue hardship, you should contact your worker to explain your reason. An undue hardship means that a person does not have enough income to eat, to pay for shelter or utilities, to get necessary clothing, to buy general items of need, or to pay for medical needs not covered by Medical Assistance. Your worker will let you know what kind of proof you will need to show that the recoupment at this rate will cause an undue hardship. If we decide that the recoupment will cause an undue hardship, the recoupment rate will be changed to a rate between 5 and 10%. The recoupment rate must be at least 5%. This decision is based on 18 NYCRR 352.31(d).
- DENIED** for (name(s)) _____ because _____
 The above decision(s) is based on 18 NYCRR _____.

MEDICAL ASSISTANCE

- ACCEPTED** for Medical Assistance effective _____ for (name(s)) _____
- ACCEPTED** for Medical Assistance with a SPENDDOWN, effective _____ for (name(s)) _____
 Your total monthly income is \$ _____. Your total monthly deductions are \$ _____.
 The difference between these figures is your monthly net income for Medical Assistance. This is \$ _____.
 The allowable income standard for a family household your size is \$ _____. The difference between your net income and this standard (\$ _____) is your monthly excess income (18 NYCRR 360-4.8). The enclosed letter explains eligibility under the Excess Income Program and Optional Pay-In Program.
- DENIED** Medical Assistance effective _____ for (name(s)) _____ because _____
 In the event that you are hospitalized, you may be eligible for Medical Assistance and should contact this Department.
- PENDED**
 - We do not have enough information to decide your eligibility under the Medical Assistance program. Please contact us no later than _____ at _____ so we can tell you the information we need.
 - Your application for Medical Assistance is being reviewed. We will send you our decision within thirty days.
 - Not applying for Medical Assistance. You did not indicate on the application that you wanted to apply for Medical Assistance.
- OTHER** _____
 This above decision(s) is based on _____.

BE SURE TO READ THE BACK OF PART B FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

Enclosure

DISTRIBUTION: White - CLIENT/FAIR HEARING COPY

Yellow - CLIENT COPY

Pink - AGENCY COPY

To Lift a Sanction for Non-cooperation with a Child Support Requirement

A sanction for non-cooperation with a child support requirement is open-ended and will continue until _____ contacts the Child Support Enforcement Unit and cooperates.

When _____ contacts the Child Support Enforcement Unit, he or she will be told what action(s) must be taken to end the sanction. The sanction will end when he or she takes the required action(s). If _____ did not cooperate but now wants to report a good reason for not cooperating with child support he or she should call (_____).

Some examples of a good reason for not cooperating with child support are:

- fear of emotional or physical harm to you or the 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 months.

To find out more information about how to end the sanction, call (_____).

- Social Services can give you education and counseling about birth control and can assist you in getting medical care to help you plan for your desired family or to prevent unwanted pregnancies.

Even if you are no longer eligible for Public Assistance or Medical Assistance, you may get information and education about family planning for up to 90 days from the date of your application.

For further information, please contact your services worker or call the general phone number on the front of this notice.

- If you know of children under the age of 19 who do not have health care coverage, call 1-800-698-4543 to learn about Child Health Plus coverage.
- Regulations require that you immediately notify this Department of any changes in needs, income, resources, living arrangements or address.
- If you are getting Public Assistance, Food Stamp Benefits, or Medical Assistance you may be able to get a discount on your phone service. For information on LIFELINE, call Verizon, toll free, at 1-800-555-5000.
- Although you may no longer be able to get Public Assistance, Food Stamp Benefits or Medical Assistance, you still may be able to get help with your heating costs by applying for the Home Energy Assistance Program (HEAP). You can get more information on HEAP by calling the general telephone number on the front page of this notice.

SEE THE BACK OF PART B

FOR YOUR CONFERENCE AND FAIR HEARING RIGHTS.

ASISTENCIA PÚBLICA, BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS Y COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA (NYC)

FECHA DE NOTIFICACIÓN:		NOMBRE Y DOMICILIO DE LA AGENCIA-CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO	
CASO N°	N° CIN		
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo de haberla) Y DOMICILIO		N° DE TELÉFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O AYUDA ----- <input type="radio"/> Conferencia de la Agencia Información sobre Audiencia Imparcial y asistencia ----- Acceso a los Archivos ----- Información sobre Asistencia Legal -----	
OFICINA N°	UNIDAD N°	TRABAJADOR(A) DE CASOS N°	TELÉFONO N°

La(s) decisión/decisiones tomada(s) sobre solicitud de fecha _____ se explica(n) abajo y en la **Parte B**, al lado del/los casillero(s) marcado(s)

VER EN PARTE B INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS Y AUDIENCIA IMPARCIAL.

ASISTENCIA PÚBLICA

- ACEPTADA** para el período que va desde _____ hasta _____. Usted recibirá \$ _____, para cubrir el período que va desde _____ hasta _____. Después recibirá \$ _____.
- El subsidio anterior se debe a una reducción presupuestaria debido a:
 - _____ no cooperó, sin mediar causa justificada, con la Oficina para el Cumplimiento de Manutención Infantil (OCSE) en _____ por _____ [18NYCRR 352.3(d)];
Para levantar esta sanción, llame al (_____) _____. Lea instrucciones detalladas en el reverso de este formulario.
 - _____ no cumplió con los siguientes tratamientos obligatorios por abuso de drogas/alcohol [18NYCRR 351.2(i)]:
 - exámenes evaluaciones rehabilitación
 - o, no ha dado o ha revocado el consentimiento a la agencia para revelar información sobre los tratamientos.
 - Se aplica una **RECÓBRO** del _____ por ciento (%) a su caso de Asistencia Pública. La causa de este recobro es la siguiente: _____
 Si considera que una deducción de este nivel ocasionará dificultades excesivas a su familia, le sugerimos ponerse en contacto con su trabajador(a) de casos para explicar sus razones. Dificultades excesivas significa que la persona no posee ingresos suficientes para comer, pagar los gastos de vivienda o servicios públicos, obtener la vestimenta necesaria, comprar artículos de primera necesidad, o pagar los gastos médicos que no están cubiertos por Asistencia Médica. Su trabajador(a) de casos le informará qué tipo de prueba necesita presentar para demostrar que el recobro a este porcentaje le ocasionará dificultades excesivas. Si decidimos que la deducción le ocasionará dificultades excesivas, el porcentaje de recobro se modificará entre un 5 y un 10%. La deducción debe ser de por lo menos 5%. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 352.31(d).
- DENEGADA** para (nombre(s)) _____ en razón de _____

La(s) decisión/decisiones anterior(es) se basa(n) en 18 NYCRR _____

ASISTENCIA MÉDICA

- ACEPTADA** para Asistencia Médica a partir de _____ para (nombre(s)) _____
- ACEPTADA** para Asistencia Médica con una cantidad límite en exceso o "SPENDOWN" a partir de _____ para (nombre(s)) _____
 Su ingreso mensual total es de \$ _____. Sus deducciones mensuales totales son de \$ _____
 La diferencia entre estos montos es su ingreso mensual neto para Asistencia Médica. O sea \$ _____.
 El ingreso estándar autorizado para una familia con el número de integrantes como la suya es de \$ _____. La diferencia entre su ingreso neto y este estándar (\$ _____) es su ingreso mensual en exceso (18 NYCRR 360-4.8). La carta que se adjunta explica los requisitos según el Programa de Ingresos Excesivos y el Programa Opcional de Contribuciones de Pagos.
- RECHAZADA** para Asistencia Médica a partir de _____ para (nombre(s)) _____ por las siguientes causas: _____
 Si está hospitalizado, podría reunir los requisitos para Asistencia Médica; le sugerimos ponerse en contacto con este Departamento.
- PENDIENTE**
 - No tenemos suficiente información para determinar si reúne los requisitos para el programa de Asistencia Médica. Sírvase ponerse en contacto con nosotros a más tardar el _____ a las _____ para que podamos decirle qué información necesitamos.
 - Su solicitud de Asistencia Médica está en revisión. Le comunicaremos nuestra decisión dentro de treinta días.
 - No solicita Asistencia Médica. No indicó en la solicitud que deseaba solicitar Asistencia Médica.
- OTRA** _____

La(s) decisión/decisiones anterior(es) se basó/basaron en _____

LEA EL DORSO DE LA PARTE B PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR ESTA DECISIÓN.

Para levantar una sanción por falta de cooperación con Manutención Infantil

Se encuentra en curso una sanción por falta de cooperación con el requisito de manutención infantil y la misma continuará hasta tanto _____ establezca contacto y coopere con la Unidad de Cumplimiento de Manutención Infantil.

Cuando _____ contacte a la Unidad de Cumplimiento de Manutención Infantil, se le informará qué acción(es) deberá realizar para que se levante la sanción. La sanción finalizará cuando la persona realice la(s) acción(es) requerida(s). Si _____ no cooperaba, pero ahora desea informar una causa justificada de la falta de cooperación con manutención infantil, deberá llamar al (____) _____.

Ejemplos de causas justificadas para no cooperar con manutención infantil:

- temor de daño emocional o físico a usted o los niños de su familia, o
- el nacimiento se produjo por violación o incesto, o
- el niño ha sido dado para adopción; o, usted está ahora recibiendo asistencia de una agencia para determinar si dará al niño en adopción y las conversaciones llevan no más de tres meses.

Para obtener más información sobre cómo levantar la sanción, llamar al (____) _____.

- Los Servicios Sociales le pueden dar información y asesoramiento sobre métodos de control de natalidad y lo pueden ayudar a obtener asistencia médica para planificación familiar o para prevenir embarazos no deseados.

Aunque usted ya no reúna los requisitos para Asistencia Pública o Asistencia Médica, puede recibir información y asesoramiento sobre planificación familiar durante 90 días a partir de la fecha de su solicitud.

Para recibir más información, sírvase ponerse en contacto con su trabajador(a) de casos o llamar al número de teléfono que figura en el anverso de este formulario.

- Si sabe de personas menores de 19 años de edad que no tienen cobertura de salud, llame al 1-800-698-4543 para informarse sobre la cobertura Child Health Plus.
- Las reglamentaciones exigen que inmediatamente notifique a este Departamento todo cambio en las necesidades, ingresos, recursos, situación de vivienda o domicilio.
- Si usted recibe Asistencia Pública, Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Médica es posible que pueda obtener descuentos en su servicio telefónico. Para recibir información sobre LIFELINE, llame a Verizon sin cargo al 1-800-555-5000
- A pesar de que usted puede ya no estar en condiciones de recibir Asistencia Pública, Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Médica, es posible que pueda recibir ayuda con los gastos de calefacción solicitando su incorporación al Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Puede recibir más información sobre HEAP llamando al número de teléfono general que figura en el anverso de este formulario.

VER EL REVERSO DE LA PARTE B

DERECHOS DE CONFERENCIA Y AUDIENCIA IMPARCIAL.

PUBLIC ASSISTANCE, FOOD STAMP BENEFITS AND MEDICAL ASSISTANCE COVERAGE (NYC)

NOTICE DATE		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE			
CASE NUMBER	CIN NUMBER				
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS					
				GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP	
				OR Agency Conference	
				Fair Hearing information and assistance	
				Record Access	
				Legal Assistance information	
OFFICE NO	UNIT NO	WORKER NUMBER	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NUMBER	

The action(s) taken on your application dated _____ is explained below and on Part A, next to the checked box(es) .

SEE PART A FOR PUBLIC ASSISTANCE AND MEDICAL ASSISTANCE INFORMATION.

FOOD STAMP BENEFITS NOT PICKED UP WITHIN 270 DAYS CANNOT BE REPLACED.

APPROVED for Food Stamp Benefits from _____ to _____.

- You will get \$ _____ for the month of _____ because we must figure your first month's benefit from:
 - The date you applied to the end of the month. You may access your benefit on _____.
 - The latest date you provided proof we needed. This is because you gave us proof after it was due. You may access your benefit on _____.
- You will get \$ _____ which is a combined benefit for the months of _____ and _____. This is because you applied/provided proof after the 15th of the month. Your first month's benefit of \$ _____ was figured from the date you applied/provided proof to the end of the month. Your second month's benefit of \$ _____ is for the entire month. You may access your combined benefit on _____.
- Beginning _____ you will get \$ _____ monthly in Food Stamp Benefits. You may access these benefits on the _____ day of each month.
- Beginning _____ you will get \$ _____ monthly in Food Stamp Benefits. You may access these benefits on the _____ day of each month.
- So you could get Food Stamp Benefits right away, we calculated your benefit without all the necessary proof. Listed here is the proof you still need to provide: _____
 You will **not** be able to get Food Stamp Benefits in the future unless you provide this proof. This proof will be used to determine the Food Stamp Benefits you can get. If your Food Stamp Benefits change due to this proof, you will **not** be notified.
- Other Information: _____

DENIED for Food Stamp Benefits for (name(s)) because: _____

You did not give us the proof we need to see if you can get Food Stamp Benefits. If you give us this proof we listed above by _____, you will not have to reapply. After that date, you will have to reapply.

OVERPAYMENT INFORMATION (check all that apply)

- We are establishing a Food Stamp Benefits overpayment because you or your household got more in Food Stamp Benefits than you should have. See the Demand Letter (and also, if your case is closing, the Repayment Agreement) for more information on this overpayment. This decision is based on 18 NYCRR 387.19.
- You currently have a Food Stamp Benefits overpayment. If your case is closing, see the Demand Letter and Repayment Agreement for more information on the amount you owe and how you will repay this overpayment.
- The benefit in Section 3 above reflects a _____ % reduction (recoupment) of \$ _____ in your benefits in order to repay your overpayment. This decision is based on 18 NYCRR 387.19.
- The benefit in Section 4 above reflects a _____ % reduction (recoupment) of \$ _____ in your benefits in order to repay your overpayment. This decision is based on 18 NYCRR 387.19.

The above decision(s) is based on 18 NYCRR: _____

Responsibility To Report Changes - See enclosed LDSS-3151: "Food Stamp Change Report Form" for information on when to report changes.

BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

Enclosure

DISTRIBUTION: White - CLIENT/FAIR HEARING COPY

Yellow - CLIENT COPY

Pink - AGENCY COPY

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:

CONFERENCE AND FAIR HEARING SECTION – DO YOU THINK WE ARE WRONG?

If you think our decision is wrong, you can ask for a review of our decision. We will correct our mistakes. You can do both 1 and 2:

1. Ask for a meeting (conference) with one of our supervisors; 2. Ask for a State fair hearing with a State hearing officer.

1. **CONFERENCE** (Informal meeting with us) - If you think our decision was wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a meeting. To do this, call the conference phone number on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. We encourage you to do this even when you have asked for a fair hearing.

2. **STATE FAIR HEARING** – You have the following number of days from the date of this notice to ask for a fair hearing:

BENEFIT AREA	TIME LIMIT
Public Assistance, Medical Assistance, Social Services	60 days
Food Stamp Benefits	90 days

HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING: You can ask for a fair hearing by:

Mail: Send a copy of the entire notice to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Please keep a copy for yourself.

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Phone: (212) 417-6550 (Please have this notice with you when you call.)

Fax: Fax a copy of the front and reverse of this notice to: (518) 473-6735.

Walk-In: Bring a copy of this entire notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, NYC.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, fax or walk-in, please write to ask for a fair hearing before the deadline.

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. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. 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 this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

At the hearing, you and your lawyer or other representative will have a chance to explain why we are wrong and a chance to give the hearing officer written papers that explain why we are wrong.

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements.

At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

LEGAL ASSISTANCE: If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. For the names of other lawyers, check your 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 file. If you call or write to us, we will send you free copies of the documents from your file that we will provide the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call or write to us, we will send you free copies of other specific documents from your file that 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 documents from your case file, you should ask them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three (3) working days of when you ask for them. If you make your request less than five (5) working days before your hearing, your document copies will be given to you within three (3) working days of your request or 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 us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

ASISTENCIA PÚBLICA, BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS Y COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA (NYC)

FECHA DE NOTIFICACIÓN:		NOMBRE Y DOMICILIO DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
CASO	Nº CIN			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo(s) hubiera) Y DOMICILIO				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		Nº DE TELÉFONO GENERAL PARA PRECANTAS O AYUDA		
		<input type="checkbox"/> Conferencia de la Agencia, información sobre Audiencia Imparcial y asistencia		
		Acceso a los Archivos		
		Información sobre Asistencia Legal		
OFICINA Nº	UNIDAD Nº	TRABAJADOR(A) DE CASOS Nº	NOMBRE DE LA UNIDAD O DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS	Nº TELEFÓNICO

La(s) decisión/desiciones tomada(s) sobre su solicitud de fecha _____ se explica(n) abajo y en la Parte A, al lado de los casilleros marcados

VER EN PARTE A INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA PÚBLICA Y ASISTENCIA MÉDICA.**LOS BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS NO RETIRADOS DENTRO DE LOS 270 DÍAS NO SERÁN REEMPLAZADOS**

- APROBADA** para Beneficios de Cupones para Alimentos desde _____ hasta _____
- Usted recibirá \$ _____ correspondientes al mes de _____ porque debemos calcular el beneficio del primer mes desde:
 - La fecha en que solicitó el beneficio hasta fin de mes. Puede tener acceso al beneficio el _____.
 - La última fecha en la que entregó la prueba solicitada. El motivo es porque nos entregó la prueba después de vencido el plazo. Puede tener acceso al beneficio el _____.
 - Usted recibirá \$ _____ como beneficio combinado por los meses de _____ y _____. Esto es porque usted presentó la solicitud/ entregó la prueba después del 15º día del mes. Su beneficio de \$ _____ por el primer mes se calculó desde la fecha en que presentó la solicitud o la prueba hasta fin de mes. El beneficio de \$ _____ por el segundo mes corresponde al mes entero. Usted puede tener acceso al beneficio combinado el _____.
 - A partir de _____ usted recibirá \$ _____ mensuales en Beneficios de Cupones para Alimentos. Podrá tener acceso a estos beneficios el _____ día de cada mes.
 - A partir de _____ usted recibirá \$ _____ mensuales en Beneficios de Cupones para Alimentos. Podrá tener acceso a estos beneficios el _____ día de cada mes.
 - Para que usted pueda obtener el Beneficio de Cupones para Alimentos inmediatamente, calculamos su beneficio sin contar con todas las pruebas necesarias. A continuación incluimos las pruebas que todavía debe presentar: _____
 Usted **no** podrá obtener Beneficios de Cupones para Alimentos en el futuro a menos que presente esta prueba. Esta prueba se utilizará para determinar el Beneficio de Cupones para Alimentos que puede obtener. Si sus Beneficios de Cupones para Alimentos cambian debido a esta prueba, usted **no** será notificado.
 - Otra información: _____
- RECHAZADA** para el Beneficio de Cupones para Alimentos para (nombre(s)) porque: _____
- Usted no nos presentó la prueba que necesitábamos para ver si podía recibir el Beneficio de Cupones para Alimentos. Si nos presenta la prueba que mencionamos anteriormente para el _____, no deberá volver a presentar la solicitud. Después de esa fecha, usted deberá volver a presentar la solicitud.
- INFORMACIÓN SOBRE PAGO EXCESIVO** (marcar todo lo que corresponde)
- Se determinó un pago excesivo de Beneficios de Cupones para Alimentos pues usted o su hogar recibieron un monto de Beneficios de Cupones para Alimentos superior al debido. Ver Carta de Reclamo (y además, si su caso se está cerrando, el Acuerdo de Devolución) para más información sobre este pago excesivo. La decisión se basó en la 18 NYCRR 387.19.
- Ud. tiene abierto un caso por pago excesivo de Beneficios de Cupones para Alimentos. Si su caso se está cerrando, ver la Carta de Reclamo y el Acuerdo de Devolución para más información sobre el monto adeudado y formas de reintegro.
- El beneficio de la Sección 3 que antecede refleja una reducción de ____% (recobro) de \$ _____ en sus beneficios para reintegrar el pago excesivo. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.
- El beneficio de la Sección 4 que antecede refleja una reducción de ____% (recobro) de \$ _____ en sus beneficios para reintegrar el pago excesivo. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.
- La decisión anterior se basa en 18 NYCRR: _____
- Responsabilidad de Informar Cambios - Ver LDSS-3151-SP adjunto: "Programa Cupones para Alimentos: Formulario para Informar Cambios" para consultar cuándo informar cambios.

LEA EL DORSO DE ESTE FORMULARIO PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR ESTA DECISIÓN.

NOMBRE:	DOMICILIO:	CASO N°
---------	------------	---------

SECCIÓN CONFERENCIA Y AUDIENCIA IMPARCIAL - ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?

Si cree que nuestra determinación es incorrecta, puede solicitar una revisión de la misma. Corrigiremos nuestros errores. Usted puede tomar ambas medidas, 1 y 2.

1. Solicitar una reunión (conferencia) con alguno de nuestros supervisores; 2. Solicitarle al Estado una audiencia imparcial con un funcionario estatal para audiencias.

1. CONFERENCIA (reunión informal con nosotros) - Si cree que nuestra determinación es incorrecta o si usted no entiende lo que hemos resuelto, sírvase llamar para concertar una reunión. Para hacerlo, sírvase llamar al número telefónico en el **anverso** de este aviso o escribanos a la dirección que aparece en el **anverso** de este aviso. A veces es la forma más rápida de resolver cualquier problema. Esperamos que usted tome esta medida aún en el caso de que haya solicitado una audiencia imparcial.

2. AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL - Usted tiene la siguiente cantidad de días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una audiencia imparcial.

AREA DE BENEFICIOS	PLAZO:
Asistencia Pública, Asistencia Médica, Servicios Sociales	60 días
Beneficios de Cupones de Alimentos	90 días

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Usted puede solicitar una audiencia imparcial:

Por correo: Enviar una copia de todo este formulario a la Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Sírvase guardar una copia para usted.

Deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la decisión de la agencia. (Puede explicar a continuación por qué está en desacuerdo, pero no es necesario que incluya una explicación escrita).

Por teléfono: (212) 417-6550 (Sírvase tener este aviso con usted cuando llame)

Por fax: Envíe por fax una copia del anverso y reverso de este aviso al: (518) 473-6735.

En persona: Lleve una copia de todo este aviso a la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York) en 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, NYC.

Si usted no se puede comunicar con la Oficina de Asistencia Temporal y de Incapacidad del Estado de Nueva York por teléfono, por fax o en persona, sírvase escribir para solicitar una audiencia imparcial antes del vencimiento del plazo.

QUÉ ESPERAR DE UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: El Estado le enviará un aviso para informarle cuándo y dónde se realizará la audiencia imparcial.

En la audiencia, tendrá oportunidad de explicar por qué cree que nuestra determinación es incorrecta. Usted podrá estar acompañado por un abogado, pariente, amigo u otra persona para que colabore con usted. Si no puede concurrir, puede enviar a otra persona en su representación. Si en su representación, usted envía a una audiencia a una persona que no es abogado, deberá entregarle una carta para que presente ante el funcionario a cargo de la audiencia en la que declara que usted desea que dicha persona lo represente en la audiencia.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante tendrán oportunidad de explicar por qué estamos equivocados y oportunidad de presentar ante el funcionario evidencia escrita que demuestre por qué estamos equivocados.

Para ayudarlo a explicar durante la audiencia por qué usted cree que estamos equivocados, debería presentar testigos que lo puedan ayudar. También debería traer todos los documentos que tenga, como: comprobantes de pago, alquileres, recibos, cuentas, comprobantes médicos.

Durante la audiencia, usted y su abogado u otro representante podrán formular preguntas a nuestros testigos o a los que presenta usted para colaborar con su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita un abogado para que colabore con usted en este problema, es posible que pueda obtener esta asistencia sin costo alguno de su parte poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal de su localidad. Puede encontrar nombres de otros abogados en la paginas amarillas, bajo "Lawyers" (abogados).

ACCESO A SU EXPEDIENTE Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para colaborar en su preparación para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si nos llama o nos escribe, le brindaremos sin cargo copias de todos los documentos de su expediente que le entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe, le enviaremos sin cargo copias de todos los documentos de su expediente que usted considera que puede necesitar para prepararse para su audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo examinar su expediente, llame al (718) 722-5012, o envíe un fax al (718) 722-5018 o escriba a HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.

Si desea obtener copias de los documentos del expediente de su caso, deberá solicitarlos con anticipación. En general, le serán enviadas dentro de los tres (3) días hábiles de la realización del pedido. Si usted realiza su pedido menos de cinco (5) días antes de la audiencia, es posible que reciba los documentos del expediente de su caso dentro de los tres (3) días de su solicitud o durante la audiencia.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su expediente o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos a los números de teléfono que figuran en el **anverso** de este formulario o escribimos a la dirección que figura en el **anverso** de este formulario.

PUBLIC ASSISTANCE, FOOD STAMP BENEFITS, MEDICAL ASSISTANCE COVERAGE AND SERVICES (NYC)

NOTICE DATE		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE			
CASE NUMBER	CIN NUMBER				
CASE NAME (And GO Name if Present) AND ADDRESS					
				GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP	
				OR Agency Conference	
				Fair Hearing information and assistance	
				Record Access	
				Legal Assistance information	
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NUMBER	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NUMBER	

The action(s) taken on your recertification dated _____ is explained below and on Part B, next to the checked box(es) .

SEE PART B FOR FOOD STAMP BENEFITS AND FAIR HEARING INFORMATION.

PUBLIC ASSISTANCE

- RECERTIFIED** for the period from _____ to _____.
- REDUCE** your monthly Public Assistance benefit for that period effective _____ from \$ _____ to \$ _____.
- INCREASE** your monthly Public Assistance benefit for that period effective _____ from \$ _____ to \$ _____.
- CONTINUE** your Public Assistance benefit unchanged at \$ _____.
- A RECOUPMENT** at the rate of _____ percent (%) is being taken against your Public Assistance. If you believe the recoupment at this rate will cause your family an undue hardship, you should contact your worker to explain your reason. An undue hardship means that a person does not have enough income to eat, to pay for shelter or utilities, to get necessary clothing, to buy general items of need, or to pay for medical needs not covered by Medical Assistance. Your worker will let you know what kind of proof you will need to show that the recoupment at this rate will cause an undue hardship. If we decide that the recoupment will cause an undue hardship, the recoupment rate will be changed to a rate between 5 and 10%. This decision is based on 18 NYCRR 352.31(d).
- DISCONTINUE** your Public Assistance benefit effective _____.

The REASON for this action is _____

The above decision(s) is based on 18 NYCRR _____

MEDICAL ASSISTANCE

- CONTINUE** the Medical Assistance coverage for (name(s)) _____ unchanged.
- CONTINUE** the Medical Assistance coverage for (name(s)) _____ pending the receipt of information necessary to decide continued eligibility. Please contact us no later than _____ at _____ so we can tell you the information we need.
- CONTINUE** the Medical Assistance coverage for (name(s)) _____ pending our review of eligibility. We will send you our decision within thirty days.
- REDUCE** the Medical Assistance coverage effective _____ for (name(s)) _____ from full coverage to coverage with a SPENDDOWN. Your total gross monthly income is \$ _____. Your total monthly deductions are \$ _____. The difference between these is your monthly net income for Medical Assistance. This is \$ _____. The allowable income standard for a family household your size is \$ _____. The difference between your net income and this standard (\$ _____) is your monthly excess income (18 NYCRR 360-4.8). The enclosed letter explains eligibility under the Excess Income Program and Optional Pay-In Program.
- DISCONTINUE** Medical Assistance for (name(s)) _____ effective _____ because _____.
- Medical Assistance coverage will continue under Transitional Medical Assistance (See attached Medical Assistance Fact Sheet).
- Medical Assistance coverage will continue until _____ due to receipt of/increase in child or spousal support payments.

The above decision(s) is based on _____

SERVICES - If you are getting Social Services and lose your Public Assistance and Medical Assistance Benefits, we will need to see if you still can get Social Services at your next scheduled recertification. This does not necessarily mean that you will no longer be able to get Social Services. At your recertification, we will do a redetermination to see if you can continue to get Social Services. If you have any questions, please contact your Services worker or call the general phone number at the top of this notice.

BE SURE TO READ THE BACK OF PART B FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

Enclosure

DISTRIBUTION: White - CLIENT/FAIR HEARING COPY

Yellow - CLIENT COPY

Pink - AGENCY COPY

NAME	ADDRESS:	CASE NUMBER:

- Social Services can give you education and counseling about birth control and can assist you in getting medical care to help you plan for your desired family or to prevent unwanted pregnancies.
Even if you are no longer eligible for Public Assistance or Medical Assistance, you may get information and education about family planning for up to 90 days from the date of your application.
For further information, please contact your Services worker or call the general phone number on the front of this notice.
- If you know of children under the age of 19 who do not have health care coverage, call 1-800-698-4543 to learn about Child Health Plus coverage.
- Regulations require that you immediately notify this Department of any changes in needs, income, resources, living arrangements or address.
- If you are getting Public Assistance, Food Stamp Benefits, or Medical Assistance, you may be able to get a discount on your phone service. For information on LIFELINE, call Verizon, toll free, at 1-800-555-5000.
- Although you may no longer be able to get Public Assistance, Food Stamp Benefits or Medical Assistance, you still may be able to get help with your heating costs by applying for the Home Energy Assistance Program (HEAP). You can get more information on HEAP by calling the general telephone number on the front page of this notice.

SEE THE BACK OF PART B

FOR YOUR CONFERENCE AND FAIR HEARING RIGHTS.

ASISTENCIA PÚBLICA, BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS, COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA Y SERVICIOS (NYC)

FECHA DE NOTIFICACIÓN:		NOMBRE Y DOMICILIO DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
CASO Nº	Nº CIN			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo en haberal y DOMICILIO)		Nº DE TELÉFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O AYUDA		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		<input type="checkbox"/> Conferencia de la Agencia Información sobre Audiencia Imparcial y asistencia		
		Acceso a los Archivos		
		Información sobre Asistencia Legal		
OFICINA Nº	UNIDAD Nº	TRABAJADOR(A) DE CASOS Nº	NOMBRE DE LA UNIDAD O DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS	Nº TELEFÓNICO:

La(s) decisión/decisiones tomada(s) sobre su recertificación de fecha _____ se explica abajo y en la **Parte B**, al lado de los casilleros marcados .

VER EN PARTE B INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS Y AUDIENCIA IMPARCIAL.

ASISTENCIA PÚBLICA

- RECERTIFICADA** para el período comprendido entre el _____ y el _____.
- REDUCIR** su beneficio mensual de Asistencia Pública para ese período a partir de _____ de \$ _____ a \$ _____.
- AUMENTAR** su beneficio mensual de Asistencia Pública para ese período a partir de _____ de \$ _____ a \$ _____.
- MANTENER** su beneficio de Asistencia Pública sin modificaciones en \$ _____.
- Se aplica un **RECOBRO** del _____ por ciento (%) a su caso de Asistencia Pública. Si considera que una deducción de este nivel ocasionará dificultades excesivas a su familia, le sugerimos ponerse en contacto con su trabajador(a) de casos para explicar sus razones. Dificultades excesivas significan que la persona no posee ingresos suficientes para comer, pagar los gastos de vivienda o servicios públicos, obtener la vestimenta necesaria, comprar artículos de primera necesidad, o pagar los gastos médicos que no están cubiertos por Asistencia Médica. Su trabajador(a) de casos le informará qué tipo de prueba necesita presentar para demostrar que el recobro a este porcentaje le ocasionará dificultades excesivas. Si decidimos que la deducción le ocasionará dificultades excesivas, el porcentaje de recobro se modificará entre un 5 y un 10%. La deducción debe ser de por lo menos 5%. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 352.31(d).

- DESCONTINUAR** su beneficio de Asistencia Pública a partir de _____.

La **CAUSA** de esta decisión es la siguiente: _____

La(s) decisión/decisiones anterior(es) se basa(n) en 18 NYCRR _____.

ASISTENCIA MÉDICA

- MANTENER** la cobertura de Asistencia Médica para (nombre(s)) _____ sin modificaciones.
- MANTENER** la cobertura de Asistencia Médica para (nombre(s)) _____ pendiente el recibo de la información necesaria para decidir si continúa reuniendo los requisitos. Sírvase contactarnos a más tardar el _____ al _____ para informarle qué datos necesitamos.
- MANTENER** la cobertura de Asistencia Médica para (nombre(s)) _____ pendiente nuestra revisión de sus requisitos. Le comunicaremos nuestra decisión dentro de treinta días.
- REDUCIR** la cobertura de Asistencia Médica a partir de _____ para (nombre(s)) _____ y pasar de cobertura total a cobertura con un límite de ingresos y/o recursos o SPENDDOWN. Si ingreso mensual bruto total es de \$ _____. Sus deducciones mensuales totales son \$ _____. La diferencia entre estos montos es su ingreso mensual neto para Asistencia Médica. O sea \$ _____. El ingreso estándar autorizado para una familia como la suya es de \$ _____. La diferencia entre su ingreso neto y este estándar (\$ _____) es su ingreso mensual excesivo (18 NYCRR 360-4.6). La carta adjunta le explica los requisitos según el Programa de Ingresos Excesivos y el Programa Opcional de Contribución de Pagos.
- DESCONTINUAR** la Asistencia Médica para (nombre(s)) _____ a partir de _____ porque _____.
- La cobertura de Asistencia Médica continuará como Asistencia Médica Transitoria (Ver Hoja de datos de Asistencia Médica, adjunta)
- La cobertura de Asistencia Médica continuará hasta _____ debido al recibo/aumento de pagos de manutención infantil o pensión conyugal.

La(s) decisión/decisiones anterior(es) se basa(n) en _____.

SERVICIOS - Si recibe Servicios Sociales y pierde sus beneficios de Asistencia Pública y Asistencia Médica, le consideraremos para recibir Servicios Sociales en su próxima cita de recertificación. Esto no significa necesariamente que ya no podrá seguir recibiendo Servicios Sociales. Al momento de la recertificación, volveremos a determinar si puede seguir recibiendo Servicios Sociales. Para más información, contacte a su trabajador(a) de casos o llame al número telefónico que aparece en la parte superior de este formulario.

LEA EL DORSO DE LA PARTE B PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR ESTA DECISIÓN.

Adjuntos

DISTRIBUCIÓN: Blanco - COPIA CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

Amarillo - COPIA CLIENTE

Rosa - COPIA AGENCIA

NOMBRE:	DOMICILIO:	CASO Nº
---------	------------	---------

- Los Servicios Sociales le pueden dar información y asesoramiento sobre métodos de control de natalidad y le pueden ayudar a obtener asistencia médica para planificación familiar o para prevenir embarazos no deseados.
- Aunque usted ya no reúna los requisitos para Asistencia Pública o Asistencia Médica, puede recibir información y asesoramiento sobre planificación familiar durante 90 días a partir de la fecha de su solicitud.
- Para más información, sírvase ponerse en contacto con su trabajador(a) de casos o llamar al número de teléfono que figura en el anverso de este formulario.
- Si sabe de personas menores de 19 años de edad que no tengan cobertura de salud, llame al 1-800-698-4543 para informarse sobre la cobertura Child Health Plus.
- La reglamentación exige que inmediatamente notifique a este Departamento sobre todo cambio en sus necesidades, ingresos, recursos, situación de vivienda o domicilio.
- Si usted recibe Asistencia Pública, Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Médica es posible que obtenga un descuento en su servicio telefónico. Para recibir información sobre LIFELINE, llamar a Verizon, sin cargo, al 1-800-555-5000
- Aunque usted ya no reciba Asistencia Pública, Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Médica, podría recibir ayuda con los gastos de calefacción solicitando su incorporación al Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Puede recibir más información sobre HEAP llamando al número de teléfono general que figura en el anverso de este formulario.

VER EN EL REVERSO DE LA PARTE B

DERECHOS DE CONFERENCIA Y AUDIENCIA IMPARCIAL.

PUBLIC ASSISTANCE, FOOD STAMP BENEFITS, MEDICAL ASSISTANCE COVERAGE AND SERVICES (NYC)

NOTICE DATE: _____		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE			
CASE NUMBER: _____		CIN NUMBER: _____			
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS					
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>				GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP _____	
				OR Agency Conference _____	
				Fair Hearing information and assistance _____	
				Record Access _____	
Legal Assistance information _____					
OFFICE NO. _____	UNIT NO. _____	WORKER NUMBER _____	UNIT OR WORKER NAME _____	TELEPHONE NUMBER _____	

The action(s) taken on your recertification dated _____ is explained below and on Part A, next to the checked box(es) .

SEE PART A FOR PUBLIC ASSISTANCE, MEDICAL ASSISTANCE, AND SERVICES INFORMATION.

FOOD STAMP BENEFITS NOT PICKED UP WITHIN 270 DAYS CANNOT BE REPLACED

APPROVED for continued Food Stamp Benefits from _____ to _____.

1. You will get \$ _____ for the month of _____ because we must figure your first month's benefit from:

1a. The date you applied to the end of the month. You may access your benefit on _____

1b. The latest date you provided proof we needed. This is because you gave us proof after it was due. You may access your benefit on _____.

2. You will get \$ _____ which is a combined benefit for the months of _____ and _____. This is because you applied/provided proof after the 15th of the month. Your first month's benefit of \$ _____ was figured from the date you applied/provided proof to the end of the month. Your second month's benefit of \$ _____ is for the entire month. You may access your combined benefit on _____.

3. Beginning _____ you will get \$ _____ monthly in Food Stamp Benefits. You may access these benefits on the _____ day of each month.

3a. You will continue to get the benefit above until _____. This is because you are eligible for Transitional Food Stamp Benefits. You are not required to report any changes until the end of this transition period. If you have changes during your transition period that may increase your benefits, you must contact your worker to file an early recertification application in order to receive any increase. Early recertifications that result in a benefit increase will end your transition period, otherwise, your transitional period and benefit will continue as described above.

4. Beginning _____ you will get \$ _____ monthly in Food Stamp Benefits. You may access these benefits on the _____ day of each month.

5. So you could get Food Stamp Benefits right away, we calculated your benefit without all the necessary proof. Listed here is the proof you still need to provide:

You will **not** be able to get Food Stamp Benefits in the future unless you provide this proof. This proof will be used to determine the Food Stamp Benefits you can get. If your Food Stamp Benefits change due to this proof, you will **not** be notified.

6. Other information: _____

DENIED for Food Stamp Benefits because: _____

You did not give us the proof we need to see if you can get Food Stamp Benefits. If you give us this proof we listed on the above lines by _____, you will not have to reapply. After that date, you will have to reapply for benefits.

OVERPAYMENT INFORMATION

We are establishing a Food Stamp Benefits overpayment because you or your household got more in Food Stamp Benefits than you should have. See the Demand Letter (and also, if your case is closing, the Repayment Agreement) for more information on this overpayment. **This decision is based on 18 NYCRR 387.19.**

You currently have a Food Stamp Benefits overpayment. If your case is closing, see the Demand Letter and Repayment Agreement for more information on the amount you owe and how you will repay this overpayment.

The benefit in Section 3 above reflects a _____% reduction (recoupment) of \$ _____ in your benefits in order to repay your overpayment. **This decision is based on 18 NYCRR 387.19.**

The benefit in Section 4 above reflects a _____% reduction (recoupment) of \$ _____ in your benefits in order to repay your overpayment. **This decision is based on 18 NYCRR 387.19.**

The above decision(s) is based on 18 NYCRR: _____

Responsibility To Report Changes – See enclosed LDSS-3151: "Food Stamp Change Report Form" for information on when to report changes.

BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

Enclosure

DISTRIBUTION: White - CLIENT/FAIR HEARING COPY

Yellow - CLIENT COPY

Pink - AGENCY COPY

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:
-------	----------	--------------

CONFERENCE AND FAIR HEARING SECTION – DO YOU THINK WE ARE WRONG?

If you think our decision is wrong, you can ask for a review of our decision. We will correct our mistakes. You can do both 1 and 2:

1. Ask for a meeting (conference) with one of our supervisors; 2. Ask for a State fair hearing with a State hearing officer.

1. **CONFERENCE** (Informal meeting with us) - If you think our decision was wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a meeting. To do this, call the conference phone number on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. We encourage you to do this even when you have asked for a fair hearing.

If you only ask for a meeting with us, we will not keep your benefits the same while you appeal. Your benefits will stay the same only if you ask for a State fair hearing. (See "Keeping Your Benefits The Same" below.)

2. **STATE FAIR HEARING** – You have the following number of days from the date of this notice to ask for a fair hearing:

BENEFIT AREA	TIME LIMIT
Public Assistance, Medical Assistance, Social Services	60 days
Food Stamp Benefits	90 days

If this notice is telling you that you owe a Public Assistance overpayment, and if you do not agree that you owe this overpayment, you must call for a fair hearing within 60 days of the date of this notice. If you do not call for a fair hearing within 60 days of the date of this notice, you cannot claim in the future that the agency's decision that you owe the debt was wrong.

KEEPING YOUR BENEFITS THE SAME: We will restore your Public Assistance, Medical Assistance and Social Services Benefits to the same level they were before this notice, if you ask for a fair hearing before the effective date stated in this notice. However, even if you ask for a fair hearing, your Food Stamp Benefits **cannot be continued in the same amount as before your recertification**, but will be in the new amount shown in this notice. If you lose the fair hearing, you will have to pay back any Public Assistance benefits you got but should not have gotten, while you were waiting for the decision. Also, we may recover Medical Assistance Benefits.

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 or boxes below:

I do not want to "keep my benefits the same" until the Fair Hearing decision is issued:

- Public Assistance Medical Assistance Social Services

HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING: You can ask for a fair hearing by:

Mail: Send a copy of the entire notice to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Please keep a copy for yourself.

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Phone: (212) 417-6550 (Please have this notice with you when you call.)

Fax: Fax a copy of the front and reverse of this notice to: (518) 473-6735.

Walk-In: Bring a copy of this entire notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, NYC.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, fax or walk-in, please write to ask for a fair hearing before the deadline.

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. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. 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 this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

At the hearing, you and your lawyer or other representative will have a chance to explain why we are wrong and a chance to give the hearing officer written papers that explain why we are wrong.

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements.

At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

LEGAL ASSISTANCE: If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. For the names of other lawyers, check your 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 file. If you call or write to us, we will send you free copies of the documents from your file that we will provide the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call or write to us, we will send you free copies of other specific documents from your file that 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 documents from your case file, you should ask them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three (3) working days of when you ask for them. If you make your request less than five (5) working days before your hearing, your document copies will be given to you within three (3) working days of your request or 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 us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

ASISTENCIA PÚBLICA, BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS, COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA Y SERVICIOS (NYC)

FECHA DE NOTIFICACIÓN:		NOMBRE Y DOMICILIO DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
CASO Nº	Nº CIN			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo de haberla) Y DOMICILIO		Nº DE TELÉFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O AYUDA		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Conferencia de la Agencia Información sobre Audiencia Imparcial y asistencia		
		<input type="checkbox"/> Acceso a los Archivos		
		<input type="checkbox"/> Información Asistencia Legal		
OFICINA Nº	UNIDAD Nº	TRABAJADOR(A) DE CASOS Nº	NOMBRE DE LA UNIDAD O DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS	Nº TELEFÓNICO:

La(s) decisión/decisiones tomada(s) sobre su recertificación de fecha _____ se explica(n) abajo y en la Parte A, al lado de los casilleros marcados .

VER EN PARTE A INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA PÚBLICA, ASISTENCIA MÉDICA Y SERVICIOS.

LOS BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS NO RETIRADOS DENTRO DE LOS 270 DÍAS NO SERÁN REEMPLAZADOS

- APROBADA** para continuar recibiendo Beneficios de Cupones para Alimentos desde _____ hasta _____
- Usted recibirá \$ _____ correspondientes al mes de _____ porque debemos calcular su primer mes de beneficios desde:
 - La fecha en que solicitó el beneficio hasta fin de mes. Puede disponer de este beneficio el _____.
 - La última fecha en la que entregó la prueba que necesitábamos. Esto es porque nos entregó la prueba una vez vencido el plazo. Puede disponer de este beneficio el _____.
 - Usted recibirá \$ _____ como beneficio combinado por los meses de _____ y _____. Esto es porque usted presentó la solicitud/entregó la prueba después del 15º día del mes. Su beneficio de \$ _____ por el primer mes se calculó desde la fecha en que presentó la solicitud o la prueba hasta fin de mes. Su beneficio de \$ _____ por el segundo mes corresponde al mes entero. Puede disponer de este beneficio combinado el _____.
 - A partir del _____ usted recibirá \$ _____ mensuales en Beneficios de Cupones para Alimentos. Puede disponer de estos beneficios el _____ día de cada mes.
 - Seguirá recibiendo el beneficio anterior hasta _____. Esto es porque usted reúne los requisitos para Beneficios Transitorios de Cupones para Alimentos. No se le requiere informar cambios durante el período de transición. Si se producen cambios en el período de transición que pudiesen aumentar sus beneficios, comuníquese con su trabajador(a) de casos para presentar una solicitud de recertificación anticipada para recibir un aumento. Las recertificaciones anticipadas que den como resultado un aumento de beneficios darán por finalizado el período de transición; de lo contrario, el período de transición y los beneficios continuarán según lo descrito anteriormente.
 - A partir del _____ usted recibirá \$ _____ mensuales en Beneficios de Cupones para Alimentos. Puede disponer de estos beneficios el _____ día de cada mes.
 - Para que usted pueda obtener el Beneficio de Cupones para Alimentos inmediatamente, calculamos su beneficio sin tener todas las pruebas necesarias. A continuación incluimos las pruebas que todavía debe presentar:

Usted **no** podrá obtener Beneficios de Cupones para Alimentos en el futuro a menos que presente esta prueba. Esta prueba se utilizará para determinar la cantidad de Beneficios de Cupones para Alimentos que usted pueda recibir. Si sus Beneficios de Cupones para Alimentos cambian debido a esta prueba, **no** se le notificará.
 - Otra información: _____

- RECHAZADA** para el Beneficio de Cupones para Alimentos porque: _____
- Usted no nos presentó la prueba necesaria para ver si podía recibir el Beneficio de Cupones para Alimentos. Si presenta la prueba mencionada antes para el _____, no tendrá que volver a presentar la solicitud. Después de esa fecha, tendrá que volver a presentar la solicitud de beneficios.

INFORMACIÓN SOBRE PAGOS EXCESIVOS

- Se ha determinado un pago excesivo de Beneficios de Cupones para Alimentos porque usted o su hogar recibieron un monto de Beneficios de Cupones para Alimentos superior al que correspondía. Ver la Carta de Reclamo (y además, si su caso está por cerrarse, el Acuerdo de devolución de pagos) para más información sobre este pago en exceso. **Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.**
- Usted tiene abierto un caso por pago excesivo de Beneficios de Cupones para Alimentos. Si su caso está por cerrarse, ver la Carta de Reclamo y el Acuerdo de devolución de pagos para más información sobre la deuda y la forma en que reintegrará este pago excesivo.
- El beneficio de la Sección 3 que antecede refleja una reducción del ____% (recobro) de \$ _____ en sus beneficios para reintegrar el pago excesivo. **Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.**
- El beneficio de la Sección 4 que antecede refleja una reducción de ____% (recobro) de \$ _____ en sus beneficios para reintegrar el pago excesivo. **Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.**

La(s) decisión/decisiones anterior(es) se basa(n) en 18 NYCRR: _____

- Responsabilidad de Informar Cambios - Ver LDSS-3151-SP adjunto: "Programa Cupones para Alimentos; Formulario para Informar Cambios". Para informarse cuándo debe reportar cambios.

LEA EL DORSO DE ESTE FORMULARIO PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR ESTA DECISIÓN.

Adjuntos:

DISTRIBUCIÓN: Blanco - COPIA CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

Amarillo - COPIA CLIENTE

Rosa - COPIA AGENCIA

NOMBRE	DOMICILIO	CASO N°
--------	-----------	---------

SECCIÓN CONFERENCIA Y AUDIENCIA IMPARCIAL - ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?

Si cree que nuestra decisión es incorrecta, puede solicitar una revisión. Corregiremos los errores. Ud. puede tomar ambas medidas: 1 y 2.

1. Solicitar una reunión (conferencia) con alguno de nuestros supervisores
2. Solicitar al Estado una audiencia imparcial con un funcionario estatal para audiencias.

1. **CONFERENCIA** (reunión informal con nosotros) - Si cree que nuestra decisión es incorrecta o si usted no entiende lo que hemos resuelto, sírvase llamar para concertar una reunión. Para hacerlo, sírvase llamar al número telefónico en el **anverso** de este aviso o escribanos a la dirección que aparece en el **anverso** de este aviso. A veces es la forma más rápida de resolver los problemas. Esperamos que usted tome esta medida aún en el caso de que haya solicitado una audiencia imparcial.

Si **solamente** solicita una reunión con nosotros, no mantendremos sus beneficios sin cambios mientras dura la apelación. Sus beneficios sólo se mantendrán sin cambios solamente si usted solicita una audiencia imparcial Estatal. (Ver más abajo "Mantener sus Beneficios sin Cambios").

2. **AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL** - Para solicitar una audiencia imparcial, Ud. tiene, a partir de la fecha de este aviso:

ÁREA DE BENEFICIOS	PLAZO:
Asistencia Pública, Asistencia Médica, Servicios Sociales	60 días
Beneficios De Cupones para Alimentos	90 días

Si este aviso le informa que Ud. tiene una deuda por pago excesivo de Asistencia Pública y no está de acuerdo, deberá llamar para solicitar una audiencia imparcial dentro de los 60 días de la fecha de este aviso. Si no llama para solicitar una audiencia imparcial dentro de los 60 días de la fecha de este aviso, no podrá reclamar en el futuro que la decisión de la agencia con respecto a su deuda era incorrecta.

MANTENER SUS BENEFICIOS SIN CAMBIOS: Reanudaremos sus Beneficios de Asistencia Pública, Asistencia Médica y Servicios Sociales en el mismo nivel en que estaban antes de recibir este aviso, si solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de puesta en vigencia que figura en este aviso. Sin embargo, aún si solicita una audiencia imparcial, sus Beneficios de Cupones para Alimentos **no se podrán mantener igual** que antes de su recertificación, sino que serán por el nuevo monto que se indica en este aviso. Si usted pierde en la audiencia imparcial, tendrá que devolver todos los Beneficios de Asistencia Pública obtenidos que no debería haber recibido mientras esperaba la decisión. Además, podremos recuperar los Beneficios de Asistencia Médica.

Si usted no quiere que sus beneficios continúen sin cambios hasta que se tome la decisión, deberá informarle al Estado esta determinación cuando solicita la audiencia imparcial o, si usted devuelve este aviso, deberá marcar el casillero o casilleros a continuación:

- No deseo que "mis beneficios continúen sin cambios" hasta que se tome la decisión de la Audiencia Imparcial.
- Asistencia Pública Asistencia Médica Servicios Sociales

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Usted puede solicitar una audiencia imparcial:

Por correo: Enviar una copia de todo este aviso a la Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Favor de quedarse con una copia.

- Deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la decisión de la agencia. (Puede explicar a continuación por qué está en desacuerdo, pero no es necesario que incluya una explicación escrita).

Por teléfono: (212) 417-6550 (Sírvase tener este aviso con usted cuando llame)

Por fax: Envíe por fax una copia del anverso y reverso de este aviso al: (518) 473-6735.

En persona: Lleve una copia de todo este aviso a la New York State Office of Temporary and Disability Assistance [Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York] en 14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, NYC.

Si usted no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por fax o en persona, favor de enviar una carta solicitando una audiencia imparcial antes del vencimiento del plazo.

LO QUE SUCEDE EN UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: El Estado le informará cuándo y dónde se realizará la audiencia imparcial.

En la audiencia, tendrá oportunidad de explicar por qué cree que nuestra determinación es incorrecta. Usted podrá estar acompañado por un abogado, pariente, amigo(a) u otra persona para que colabore con usted. Si no puede concurrir, puede enviar a otra persona en su representación. Si en su representación, usted envía a una audiencia a una persona que no es abogado, deberá entregarle una carta para que presente ante el funcionario a cargo de la audiencia en la que declara que usted desea que dicha persona lo represente en la audiencia.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante tendrán oportunidad de explicar por qué estamos equivocados y oportunidad de presentar ante el funcionario evidencia escrita que demuestre por qué estamos equivocados.

Para ayudarlo a explicar durante la audiencia por qué usted cree que estamos equivocados, se le sugiere presentar testigos que lo puedan ayudar. También, se le sugiere traer todo documento que tenga con usted, como: comprobantes de salario, alquileres, recibos, cuentas, comprobantes médicos.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante podrán interrogar a nuestros testigos o a los que usted presente para avalar su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita la ayuda de un abogado para solucionar este problema, podría obtener asistencia, sin costo alguno de su parte, poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal de su localidad. Puede encontrar nombres de otros abogados en las Páginas Amarillas, bajo "Lawyers" (abogados).

ACCESO A SU EXPEDIENTE Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarlo a prepararse para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si nos llama o nos escribe, le enviaremos, sin cargo, copias de documentos contenidos en su expediente; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe, le enviaremos, sin cargo, copias de otros documentos específicos contenidos en su expediente y que usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo examinar su expediente, llame al (718) 722-5012, ó envíe un fax al (718) 722-5018 ó escriba a HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.

Si desea obtener copias de los documentos del expediente de su caso, se le sugiere solicitarlos con anticipación. En general, se le enviarán dentro de los tres (3) días hábiles de la realización del pedido. Si usted realiza su pedido menos de cinco (5) días antes de la audiencia, es posible que reciba los documentos del expediente de su caso dentro de los tres (3) días de su solicitud o durante la audiencia.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su expediente o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos a los números de teléfono que figuran en el **anverso** de este formulario o escribimos a la dirección que figura en el **anverso** de este formulario.

**PUBLIC ASSISTANCE, FOOD STAMP BENEFITS, MEDICAL ASSISTANCE COVERAGE AND SERVICES
(TIMELY & ADEQUATE) (NYC)**

NOTICE DATE		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE			
CASE NUMBER	CIN NUMBER				
CASE NAME (And C/D Name if Present) AND ADDRESS					
				GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP _____	
				OR Agency Conference _____	
				Fair Hearing information and assistance _____	
				Record Access _____	
				Legal Assistance information _____	
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NUMBER	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NUMBER	

We are CHANGING your benefits as explained below and on **PART B**, next to the checked box(es) :
SEE PART B FOR FOOD STAMP AND FAIR HEARING INFORMATION.

PUBLIC ASSISTANCE

- REDUCE** your Public Assistance Benefit effective _____ from \$ _____ to \$ _____.
- INCREASE** your Public Assistance Benefit effective _____ from \$ _____ to \$ _____.
- CONTINUE** your Public Assistance Benefit unchanged at \$ _____.
- A **RECOUPMENT** at the rate of _____ percent (%) is being taken against your Public Assistance. If you believe the recoupment at this rate will cause your family an undue hardship, you should contact your worker to explain your reason. An undue hardship means that a person does not have enough income to eat, to pay for shelter or utilities, to get necessary clothing, to buy general items of need, or to pay for medical needs not covered by Medical Assistance. Your worker will let you know what kind of proof you will need to show that the recoupment at this rate will cause an undue hardship. If we decide that the recoupment will cause an undue hardship, the recoupment rate will be changed to a rate between 5 and 10%. The recoupment rate must be at least 5%. This decision is based on 18 NYCRR 352.31(d). The reason for this recoupment is explained below.
- DISCONTINUE** your Public Assistance grant effective _____.

The **REASON** for this action is _____

The above decision(s) is based on 18 NYCRR _____

MEDICAL ASSISTANCE

- CONTINUE** the Medical Assistance coverage for (name(s)) _____ unchanged.
- CONTINUE** the Medical Assistance coverage for (name(s)) _____ pending the receipt of information necessary to decide continued eligibility. Please contact us no later than _____ at _____ so we can tell you the information we need.
- CONTINUE** the Medical Assistance coverage for (name(s)) _____ pending our review of eligibility. We will send you our decision within thirty days.
- REDUCE** the Medical Assistance coverage effective _____ for (name(s)) _____ from full coverage to coverage with a SPENDDOWN. Your total gross monthly income is \$ _____. Your total monthly deductions are \$ _____. The difference between these is your monthly net income for Medical Assistance. This is \$ _____. The allowable income standard for a family household your size is \$ _____. The difference between your net income and this standard (\$ _____) is your monthly excess income (18 NYCRR 360-4.8). The enclosed letter explains eligibility under the Excess Income Program and Optional Pay-In Program.
- DISCONTINUE** Medical Assistance for (name(s)) _____ effective _____ because _____.
- Medical Assistance coverage will continue under Transitional Medical Assistance (See attached Medical Assistance Fact Sheet).
- Medical Assistance coverage will continue until _____ due to receipt of/increase in child or spousal support payments.

The above decision(s) is based on 18 NYCRR _____

SERVICES - If you are getting Social Services and lose your Public Assistance and Medical Assistance Benefits, we will need to see if you still can get Social Services at your next scheduled recertification. This does not necessarily mean that you will no longer be able to get Social Services. At your recertification, we will do a redetermination to see if you can continue to get Social Services. If you have any questions, please contact your services worker or call the general phone number at the top of this notice.

BE SURE TO READ THE BACK OF PART B FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

Enclosure

DISTRIBUTION: White - CLIENT/FAIR HEARING COPY

Yellow - CLIENT COPY

Pink - AGENCY COPY

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:
-------	----------	--------------

- Social Services can give you education and counseling about birth control and can assist you in getting medical care to help you plan for your desired family or to prevent unwanted pregnancies.
Even if you are no longer eligible for Public Assistance or Medical Assistance, you may get information and education about family planning for up to 90 days from the date of your application.
For further information, please contact your services worker or call the general phone number on the front of this notice.
- If you know of children under the age of 19 who do not have health care coverage, call 1-800-698-4543 to learn about Child Health Plus coverage.
- Regulations require that you immediately notify this department of any changes in needs, income, resources, living arrangements or address.
- If you are getting Public Assistance, Food Stamp Benefits, or Medical Assistance you may be able to get a discount on your phone service. For information on LIFELINE, call Verizon, toll free, at 1-800-555-5000.
- Although you may no longer be able to get Public Assistance, Food Stamp Benefits or Medical Assistance, you still may be able to get help with your heating costs by applying for the Home Energy Assistance Program (HEAP). You can get more information on HEAP by calling the general telephone number on the front page of this notice.

SEE THE BACK OF PART B

FOR YOUR CONFERENCE AND FAIR HEARING RIGHTS.

**ASISTENCIA PÚBLICA, BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS, COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA Y SERVICIOS
(OPORTUNO Y ADECUADO) (NYC)**

FECHA DE NOTIFICACION		NOMBRE Y DOMICILIO DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
CASO N°	N° CIN			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo de haberla) Y DOMICILIO				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		N° DE TELÉFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O AYUDA		
		<input type="checkbox"/> Conferencia de la Agencia Información sobre Audiencia Imparcial y asistencia		
		Acceso a los Archivos		
		Información sobre Asistencia Legal		
OFICINA N°	UNIDAD N°	TRABAJADOR(A) DE CASOS	NOMBRE DE LA UNIDAD O DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS	N° TELEFÓNICO
Estamos MODIFICANDO sus beneficios según se explica a continuación y en la PARTE B , al lado de los casilleros marcados <input checked="" type="checkbox"/> .				
VER EN PARTE B INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS Y AUDIENCIA IMPARCIAL.				
ASISTENCIA PÚBLICA				
<input type="checkbox"/> REDUCIR sus Beneficios de Asistencia Pública a partir de _____ de \$ _____ a \$ _____				
<input type="checkbox"/> AUMENTAR sus Beneficios de Asistencia Pública a partir de _____ de \$ _____ a \$ _____				
<input type="checkbox"/> MANTENER sus Beneficios de Asistencia Pública sin modificaciones en \$ _____				
<input type="checkbox"/> Se aplica un RECOBRO del _____ por ciento (%) a su caso de Asistencia Pública. Si considera que una deducción de este nivel ocasionará dificultades excesivas a su familia, le sugerimos ponerse en contacto con su trabajador(a) de casos para explicar sus razones. Dificultades excesivas significa que la persona no posee ingresos suficientes para comer, pagar los gastos de vivienda o servicios públicos, obtener la vestimenta necesaria, comprar artículos de primera necesidad, o pagar los gastos médicos que no están cubiertos por Asistencia Médica. Su trabajador(a) de casos le informará qué tipo de prueba necesita presentar para demostrar que el recobro a este porcentaje le ocasionará dificultades excesivas. Si decidimos que el recobro de beneficios le ocasionará dificultades excesivas, modificaremos dicho porcentaje entre un 5 y 10%. El recobro debe ser de por lo menos un 5%. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 352.31(d). La causa de este recobro se explica más abajo:				
<input type="checkbox"/> DESCONTINUAR su subsidio de Asistencia Pública a partir de _____.				
La CAUSA de esta decisión es la siguiente: _____				

La decisión anterior se basa en 18 NYCRR _____				
ASISTENCIA MÉDICA				
<input type="checkbox"/> MANTENER la cobertura de Asistencia Médica para (nombre(s)) _____ sin modificaciones.				
<input type="checkbox"/> MANTENER la cobertura de Asistencia Médica para (nombre(s)) _____ pendiente el recibo de la información necesaria para decidir si continúa reuniendo los requisitos. Sírvase contactarnos a más tardar el _____ al _____ para informarle qué datos necesitamos.				
<input type="checkbox"/> MANTENER la cobertura de Asistencia Médica para (nombre(s)) _____ pendiente nuestra revisión de sus requisitos. Le comunicaremos nuestra decisión dentro de los treinta días.				
<input type="checkbox"/> REDUCIR la cobertura de Asistencia Médica a partir de _____ para (nombre(s)) _____ y pasar de cobertura total a cobertura con un límite de ingresos y/o recursos o SPENDDOWN. Su ingreso mensual bruto total es de \$ _____. Sus deducciones mensuales totales son \$ _____. La diferencia entre estos montos es su ingreso mensual neto para Asistencia Médica. O sea \$ _____. El ingreso estándar autorizado para una familia como la suya es de \$ _____. La diferencia entre su ingreso neto y este estándar (\$ _____) es su ingreso mensual excesivo (18 NYCRR 360-4.8). La carta adjunta le explica los requisitos según el Programa de Ingresos Excesivos y el Programa Opcional de Contribución de Pagos.				
<input type="checkbox"/> DESCONTINUAR la Asistencia Médica para (nombre(s)) _____ a partir de _____ en razón de _____				
<input type="checkbox"/> La cobertura de Asistencia Médica continuará como Asistencia Médica Transitoria (Ver Hoja de datos de Asistencia Médica, adjunta)				
<input type="checkbox"/> La cobertura de Asistencia Médica continuará hasta _____ debido al recibo/aumento de pagos de manutención infantil o pensión conyugal.				
La decisión anterior se basa en 18 NYCRR _____				
SERVICIOS - Si recibe Servicios Sociales y pierde sus beneficios de Asistencia Pública y Asistencia Médica, le consideraremos para recibir Servicios Sociales en su próxima cita de recertificación. Esto no significa necesariamente que ya no podrá seguir recibiendo Servicios Sociales. Al momento de la recertificación, volveremos a determinar si puede seguir recibiendo Servicios Sociales. Para más información, contacte su trabajador(a) de casos o llame al número telefónico que aparece en la parte superior de este formulario.				

LEA EL DORSO DE LA PARTE B PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR ESTA DECISIÓN.

Adjuntos

DISTRIBUCIÓN: Blanco -COPIA CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

Amarillo - COPIA CLIENTE

Rosa - COPIA AGENCIA

NOMBRE	DOMICILIO	CASO Nº
--------	-----------	---------

- Los Servicios Sociales le pueden dar información y asesoramiento sobre métodos de control de natalidad y le pueden ayudar a obtener asistencia médica para planificación familiar o para prevenir embarazos no deseados.
Aunque usted ya no reúna los requisitos para Asistencia Pública o Asistencia Médica, puede recibir información y asesoramiento sobre planificación familiar durante 90 días a partir de la fecha de su solicitud.
Para más información, sírvase ponerse en contacto con su trabajador(a) de casos o llamar al número de teléfono que figura en el anverso de este formulario.
- Si sabe de personas menores de 19 años de edad que no tengan cobertura de salud, llame al 1-800-698-4543 para informarse sobre la cobertura Child Health Plus.
- La reglamentación exige que inmediatamente notifique a este Departamento todo cambio en las necesidades, ingresos, recursos, situación de vivienda o domicilio.
- Si usted recibe Asistencia Pública, Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Médica es posible que obtenga un descuento en su servicio telefónico. Para recibir información sobre LIFELINE, llamar a Verizon, sin cargo al, 1-800-555-5000
- Aunque usted ya no reciba Asistencia Pública, Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Médica, podría recibir ayuda con los gastos de calefacción solicitando su incorporación al Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Puede recibir más información sobre HEAP llamando al número de teléfono general que figura en el anverso de este formulario.

VER EN EL REVERSO DE LA PARTE B

DERECHOS DE CONFERENCIA Y AUDIENCIA IMPARCIAL.

LDSS-4015B NYC (Rev. 2/03) **NOTICE OF INTENT TO CHANGE BENEFITS: PART B** PA, MA, FS, Serv Change
PUBLIC ASSISTANCE, FOOD STAMP BENEFITS, MEDICAL ASSISTANCE COVERAGE AND SERVICES
(TIMELY & ADEQUATE) (NYC)

NOTICE DATE:		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE			
CASE NUMBER		CIN NUMBER			
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS					
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>				GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP _____	
				OR Agency Conference _____	
				Fair Hearing information and assistance _____	
				Record Access _____	
Legal Assistance Information _____		TELEPHONE NUMBER			

We are CHANGING your benefits, as explained below and on Part A, next to the checked box(es) :
SEE PART A FOR PUBLIC ASSISTANCE, MEDICAL ASSISTANCE AND SERVICES INFORMATION.

FOOD STAMP BENEFITS NOT PICKED UP WITHIN 270 DAYS CANNOT BE REPLACED.

FOOD STAMPS

1. **INCREASE** your Food Stamp Benefits from \$ _____ to \$ _____ effective _____.
- Your Food Stamp Benefits certification period has been extended. Your benefits will now end in _____.
2. **CONTINUE** your Food Stamp Benefits at \$ _____ effective _____.
- Your Food Stamp Benefits certification period has been extended. Your benefits will now end in _____.
3. **REDUCE** your Food Stamp Benefits from \$ _____ to \$ _____ effective _____.
- Your Food Stamp Benefits certification period has been extended. Your benefits will now end in _____.
4. **DISCONTINUE** your Food Stamp Benefits as of _____.
5. **OVERPAYMENT INFORMATION**
 - We are establishing a Food Stamp Benefits overpayment because you or your household got more in Food Stamp Benefits than you should have. See the Demand Letter (and also, if your case is closing the Repayment Agreement) for more information on this overpayment. **This decision is based on 18 NYCRR 387.19.**
 - You currently have a Food Stamp Benefits overpayment. If your case is closing, see the Demand Letter and Repayment Agreement for more information on the amount you owe and how you will repay this overpayment.
 - The benefit above reflects a ____% reduction (Recoupment) of \$ _____ in your benefits in order to repay your overpayment. **This decision is based on 18 NYCRR 387.19.**
6. If you are getting Public Assistance and/or Medical Assistance, this change will NOT affect those benefits.

7. **OTHER INFORMATION:**

 The reason for this action is: _____

The above decision(s) is based on 18 NYCRR _____.

Responsibility To Report Changes – See enclosed LDSS-3151: "Food Stamp Change Report Form" for information on when to report changes.

BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:
-------	----------	--------------

CONFERENCE AND FAIR HEARING SECTION – DO YOU THINK WE ARE WRONG?

If you think our decision is wrong, you can ask for a review of our decision. We will correct our mistakes. You can do both 1 and 2:

1. Ask for a meeting (conference) with one of our supervisors; 2. Ask for a State fair hearing with a State hearing officer.

1. CONFERENCE (Informal meeting with us) - If you think our decision was wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a meeting. To do this, call the conference phone number on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. We encourage you to do this even when you have asked for a fair hearing.

If you only ask for a meeting with us, we will not keep your benefits the same while you appeal. Your benefits will stay the same only if you ask for a State fair hearing. (See "Keeping Your Benefits The Same" below.)

2. STATE FAIR HEARING – You have the following number of days from the date of this notice to ask for a fair hearing:

BENEFIT AREA	TIME LIMIT
Public Assistance, Medical Assistance, Social Services	60 days
Food Stamp Benefits	90 days

If this notice is telling you that you owe a Public Assistance overpayment, and if you do not agree that you owe this overpayment, you must call for a fair hearing within 60 days of the date of this notice. If you do not call for a fair hearing within 60 days of the date of this notice, you cannot claim in the future that the agency's decision that you owe the debt was wrong.

KEEPING YOUR BENEFITS THE SAME: We will restore your Public Assistance, Medical Assistance and Social Services Benefits to the same level they were before this notice, if you ask for a fair hearing before the effective date stated in this notice. However, even if you ask for a fair hearing, your Food Stamp Benefits **cannot be continued in the same amount as before your recertification**, but will be in the new amount shown in this notice. If you lose the fair hearing, you will have to pay back any Public Assistance benefits you got but should not have gotten, while you were waiting for the decision. Also, we may recover Medical Assistance Benefits.

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 or boxes below:

I do not want to "keep my benefits the same" until the Fair Hearing decision is issued:

- Public Assistance Medical Assistance Social Services

HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING: You can ask for a fair hearing by:

Mail: Send a copy of the entire notice to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Please keep a copy for yourself.

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Phone: (212) 417-6550 (Please have this notice with you when you call.)

Fax: Fax a copy of the front and reverse of this notice to: (518) 473-6735.

Walk-In: Bring a copy of this entire notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, NYC.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, fax or walk-in, please write to ask for a fair hearing before the deadline.

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. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. 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 this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

At the hearing, you and your lawyer or other representative will have a chance to explain why we are wrong and a chance to give the hearing officer written papers that explain why we are wrong.

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements.

At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

LEGAL ASSISTANCE: If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. For the names of other lawyers, check your 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 file. If you call or write to us, we will send you free copies of the documents from your file that we will provide the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call or write to us, we will send you free copies of other specific documents from your file that 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 documents from your case file, you should ask them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three (3) working days of when you ask for them. If you make your request less than five (5) working days before your hearing, your document copies will be given to you within three (3) working days of your request or 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 us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

ASISTENCIA PÚBLICA, BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS, COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA Y SERVICIOS (OPORTUNO Y ADECUADO) (NYC)

FECHA DE NOTIFICACIÓN:		NOMBRE Y DOMICILIO DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO			
CASO Nº	Nº CIN				
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo/de habería) Y DOMICILIO					
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		Nº DE TELÉFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O AYUDA			
		<input type="checkbox"/> Conferencia de la Agencia Información sobre Audiencia Imparcial y asistencia			
		Acceso a los Archivos			
		Información sobre Asistencia Legal			
OFICINA Nº	UNIDAD Nº	TRABAJADOR(A) DE CASOS	NOMBRE DE LA UNIDAD O DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS	Nº TELEFÓNICO:	

Estamos MODIFICANDO sus beneficios según se explica a continuación y en la **PARTE A**, al lado de los casilleros marcados .

VER EN PARTE A INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA PÚBLICA, ASISTENCIA MÉDICA Y SERVICIOS.

LOS BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS NO RETIRADOS DENTRO DE LOS 270 DÍAS NO SERÁN REEMPLAZADOS

CUPONES PARA ALIMENTOS

1. **AUMENTAR** sus Beneficios de Cupones para Alimentos de \$ _____ a \$ _____
a partir de _____.
- El periodo de certificación para Beneficios de Cupones para Alimentos ha sido prorrogado. Sus beneficios finalizarán en _____.
2. **MANTENER** sus Beneficios de Cupones para Alimentos en \$ _____
a partir de _____.
- El periodo de certificación para Beneficios de Cupones para Alimentos ha sido prorrogado. Sus beneficios finalizarán en _____.
3. **REDUCIR** sus Beneficios de Cupones para Alimentos de \$ _____ a \$ _____
a partir de _____.
- El periodo de certificación para Beneficios de Cupones para Alimentos ha sido prorrogado. Sus beneficios finalizarán en _____.
4. **DESCONTINUAR** sus Beneficios de Cupones para Alimentos a partir de _____.
5. **INFORMACIÓN SOBRE PAGOS EXCESIVOS**
 - Se ha determinado un pago excesivo de Beneficios de Cupones para Alimentos porque usted o su hogar recibieron un monto de Beneficios de Cupones para Alimentos superior al que correspondía. Ver la Carta de Reclamo (y además, si su caso está por cerrarse, el Acuerdo de devolución de pagos) para más información sobre este pago excesivo. **Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.**
 - Usted tiene abierto un caso por pago excesivo de Beneficios de Cupones para Alimentos. Si su caso se está cerrando, ver la Carta de Reclamo y el Acuerdo de devolución de pagos para obtener más información sobre el monto adeudado y la forma en que reintegrará este pago excesivo.
 - El beneficio anterior refleja una reducción del ___% (recobro) de \$ _____ en sus beneficios para reintegrar el pago excesivo. **Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.**
6. Si usted está recibiendo Asistencia Pública y/o Asistencia Médica, este cambio NO afectará dichos beneficios.
7. **OTRA INFORMACIÓN:**

La causa de esta decisión es la siguiente: _____

La decisión anterior se basa en 18 NYCRR _____

- Responsabilidad de Informar Cambios - Ver LDSS-3151-SP adjunto: "Programa Cupones para Alimentos: Formulario para Informar Cambios" para informarse cuándo debe reportar cambios.

LEA EL DORSO DE ESTE FORMULARIO PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR ESTA DECISIÓN.

Advertes

NOMBRE:	DOMICILIO:	CASO N°
---------	------------	---------

SECCIÓN CONFERENCIA Y AUDIENCIA IMPARCIAL - ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?

Si cree que nuestra determinación es incorrecta, puede solicitar una revisión de la misma. Corregeremos nuestros errores. Usted puede tomar ambas medidas, 1 y 2.

1. Solicitar una reunión (conferencia) con alguno de nuestros supervisores. 2. Solicitarle al Estado una audiencia imparcial con un funcionario estatal para audiencias.

1. **CONFERENCIA** (reunión informal con nosotros) - Si cree que nuestra determinación es incorrecta o si usted no entiende lo que hemos resuelto, sírvase llamar para concertar una reunión. Para hacerlo, sírvase llamar al número telefónico en el **anverso** de este aviso o escribanos a la dirección que aparece en el **anverso** de este aviso. A veces es la forma más rápida de resolver cualquier problema. Esperamos que usted tome esta medida aún en el caso de que haya solicitado una audiencia imparcial.

Si sólo solicita una reunión con nosotros, no mantendremos sus beneficios sin cambios mientras dura la apelación. Sus beneficios sólo se mantendrán sin cambios si usted solicita una audiencia imparcial Estatal. (Ver abajo "Mantener sus Beneficios sin Cambios").

2. **AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL** - Para solicitar una audiencia imparcial, usted tiene a partir de la fecha de este aviso:

ÁREA DE BENEFICIOS	PLAZO:
Asistencia Pública, Asistencia Médica, Servicios Sociales	60 días
Beneficios De Cupones de Alimentos	90 días

Si este aviso le informa que usted tiene una deuda por pago excesivo de Asistencia Pública y no está de acuerdo, deberá llamar para pedir una audiencia imparcial dentro de los 60 días de la fecha de este aviso. Si no llama para pedir la audiencia imparcial dentro de los 60 días de la fecha de este aviso, no podrá reclamar en el futuro que la decisión de la agencia con respecto a su deuda era incorrecta.

MANTENER SUS BENEFICIOS SIN CAMBIOS: Mantendremos sus Beneficios de Asistencia Pública, Asistencia Médica y Servicios Sociales en el mismo nivel en que estaban antes de recibir este aviso, si solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de puesta en vigencia que figura en este aviso. Sin embargo, aún si solicita una audiencia imparcial, sus Beneficios de Cupones de Alimentos **no se podrán mantener igual** que antes de su recertificación, sino que serán por el nuevo monto que se indica en este aviso. Si usted pierde en la audiencia imparcial, tendrá que devolver todos los Beneficios de Asistencia Pública obtenidos que no debería haber recibido mientras esperaba la decisión. Además, podremos recuperar los Beneficios de Asistencia Médica.

Si no quiere que sus beneficios continúen sin cambios hasta que se tome la decisión, deberá informarle al Estado esta determinación cuando solicita la audiencia imparcial o, si usted devuelve este aviso, deberá marcar el casillero o casilleros a continuación:

No deseo que "mis beneficios continúen sin cambios" hasta que se tome la decisión de la Audiencia Imparcial.

Asistencia Pública Asistencia Médica Servicios Sociales

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Usted puede solicitar una audiencia imparcial:

Por correo: Enviar una copia de este aviso a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Favor de quedarse con una copia.

Deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la decisión de la agencia. (Puede explicar a continuación por qué está en desacuerdo, pero no es necesario que incluya una explicación escrita).

Por teléfono: (212) 417-6550 (Sírvase tener este aviso con usted cuando llame.)

Por fax: Envíe por fax una copia del anverso y reverso de este aviso al: (518) 473-8735.

En persona: Láve una copia completa de este aviso a la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York) en 14 Boerum Place, Brooklyn ó al 330 West 34th Street, NYC.

Si usted no se puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por fax o en persona, sírvase escribir para solicitar una audiencia imparcial antes del vencimiento del plazo.

LO QUE SUCEDE EN LA AUDIENCIA IMPARCIAL: El Estado le informará cuándo y dónde se realizará la audiencia imparcial.

En la audiencia, tendrá oportunidad de explicar por qué cree que nuestra determinación es incorrecta. Podrá estar acompañado por un abogado, pariente, amigo(a) u otra persona para que colabore con usted. Si no puede concurrir, puede enviar a otra persona en su representación. Si en su representación, usted envía a una persona que no es abogado, deberá entregarle una carta para que presente ante el funcionario a cargo de la audiencia en la que declara que usted desea que dicha persona lo represente en la audiencia.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante tendrán oportunidad de explicar por qué estamos equivocados y oportunidad de presentar ante el funcionario evidencia escrita que demuestre por qué estamos equivocados.

Para ayudarlo a explicar en la audiencia por qué usted cree que estamos equivocados, se le sugiere presentar testigos que lo puedan ayudar. También se le sugiere traer todo documento que tenga con usted, como: comprobantes de pagos salariales, alquileres, recibos, cuentas, comprobantes médicos.

En la audiencia, usted y su abogado o representante podrán interrogar a nuestros testigos o a los que presenta usted para ayudar en su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita un abogado para que colabore con usted en este problema, es posible que pueda obtener esta asistencia sin costo alguno de su parte poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal de su localidad. Puede encontrar nombres de otros abogados en la Páginas Amarillas, bajo "Lawyers" (abogados).

ACCESO A SU EXPEDIENTE Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para colaborar en su preparación para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si nos llama o nos escribe, le brindaremos sin cargo, copias de documentos contenidos en su expediente, las mismas que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe, le enviaremos, sin cargo, copias de otros documentos específicos contenidos en su expediente y que usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo examinar su expediente, llame al (718) 722-5012, ó envíe un fax al (718) 722-5018 ó escriba a HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.

Si desea obtener copias de documentos contenidos en el expediente de su caso, se le sugiere solicitarlas con anticipación. En general, le serán enviadas dentro de los tres (3) días hábiles de la realización del pedido. Si usted realiza su pedido menos de cinco (5) días antes de la audiencia, es posible que reciba los documentos del expediente de su caso dentro de los tres (3) días de su solicitud o durante la audiencia.

INFORMACION: Si desea más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su expediente o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos a los números de teléfono que figuran en el **anverso** de este formulario o escribimos a la dirección que figura en el **anverso** de este formulario.

PUBLIC ASSISTANCE, FOOD STAMP BENEFITS, MEDICAL ASSISTANCE COVERAGE AND SERVICES (ADEQUATE ONLY) (NYC)

NOTICE DATE _____		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE _____		
CASE NUMBER _____	CIN NUMBER _____			
CASE NAME (And OIO Name if Present) AND ADDRESS _____				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP _____		
		OR Agency Conference _____		
		Fair Hearing information and assistance _____		
		Resort Access _____		
		Legal Assistance information _____		
OFFICE NO. _____	UNIT NO. _____	WORKER NUMBER _____	UNIT OR WORKER NAME _____	TELEPHONE NUMBER _____

We are CHANGING your benefits as explained below and on **PART B**, next to the checked box(es) :

SEE PART B FOR FOOD STAMP AND FAIR HEARING INFORMATION.

PUBLIC ASSISTANCE

- REDUCE** your Public Assistance Benefit effective _____ from \$ _____ to \$ _____

 - INCREASE** your Public Assistance Benefit effective _____ from \$ _____ to \$ _____

 - CONTINUE** your Public Assistance Benefit unchanged at \$ _____

 - A RECOUPMENT at the rate of _____ percent (%) is being taken against your Public Assistance. If you believe the recoupment at this rate will cause your family an undue hardship, you should contact your worker to explain your reason. An undue hardship means that a person does not have enough income to eat, to pay for shelter or utilities, to get necessary clothing, to buy general items of need, or to pay for medical needs not covered by Medical Assistance. Your worker will let you know what kind of proof you will need to show that the recoupment at this rate will cause an undue hardship. If we decide that the recoupment will cause an undue hardship, the recoupment rate will be changed to a rate between 5 and 10%. The recoupment rate must be at least 5%. This decision is based on 18 NYCRR 352.31(d). The reason for this recoupment is explained below.

 - DISCONTINUE** your Public Assistance grant effective _____
- The **REASON** for this action is _____

The above decision(s) is based on 18 NYCRR _____

MEDICAL ASSISTANCE

- CONTINUE** the Medical Assistance coverage for (name(s)) _____ unchanged.

- CONTINUE** the Medical Assistance coverage for (name(s)) _____ pending the receipt of information necessary to decide continued eligibility. Please contact us no later than _____ at _____ so we can tell you the information we need.

- CONTINUE** the Medical Assistance coverage for (name(s)) _____ pending our review of eligibility. We will send you our decision within thirty days.

- REDUCE** the Medical Assistance coverage effective _____ for (name(s)) _____ from full coverage to coverage with a SPENDDOWN. Your total gross monthly income is \$ _____. Your total monthly deductions are \$ _____. The difference between these is your monthly net income for Medical Assistance. This is \$ _____. The allowable income standard for a family household your size is \$ _____. The difference between your net income and this standard (\$ _____) is your monthly excess income (18 NYCRR 360-4.8). The enclosed letter explains eligibility under the Excess Income Program and Optional Pay-In Program.

- DISCONTINUE** Medical Assistance for (name(s)) _____ effective _____ because _____

- Medical Assistance coverage will continue under Transitional Medical Assistance (See attached Medical Assistance Fact Sheet).
- Medical Assistance coverage will continue until _____ due to receipt of/increase in child or spousal support payments.

The above decision(s) is based on 18 NYCRR _____

SERVICES – If you are getting Social Services and lose your Public Assistance and Medical Assistance benefits, we will need to see if you still can get Social Services at your next scheduled recertification. This does not necessarily mean that you will no longer be able to get Social Services. At your recertification, we will do a redetermination to see if you can continue to get Social Services. If you have any questions, please contact your services worker or call the general phone number at the top of this notice.

BE SURE TO READ THE BACK OF PART B FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

Enclosure

DISTRIBUTION: White - CLIENT/FAIR HEARING COPY Yellow - CLIENT COPY Pink - AGENCY COPY

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:
-------	----------	--------------

- Social Services can give you education and counseling about birth control and can assist you in getting medical care to help you plan for your desired family or to prevent unwanted pregnancies.
Even if you are no longer eligible for Public Assistance or Medical Assistance, you may get information and education about family planning for up to 90 days from the date of your application.
For further information, please contact your services worker or call the general phone number on the front of this notice.
- If you know of children under the age of 19 who do not have health care coverage, call 1-800-698-4543 to learn about Child Health Plus coverage.
- Regulations require that you immediately notify this Department of any changes in needs, income, resources, living arrangements or address.
- If you are getting Public Assistance, Food Stamp Benefits, or Medical Assistance you may be able to get a discount on your phone service. For information on LIFELINE, call Verizon, toll free, at 1-800-555-5000.
- Although you may no longer be able to get Public Assistance, Food Stamp Benefits or Medical Assistance, you still may be able to get help with your heating costs by applying for the Home Energy Assistance Program (HEAP). You can get more information on HEAP by calling the general telephone number on the front page of this notice.

SEE THE BACK OF PART B

FOR YOUR CONFERENCE AND FAIR HEARING RIGHTS.

ASISTENCIA PÚBLICA, BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS, COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA Y SERVICIOS (OPORTUNO SOLAMENTE)(NYC)

FECHA DE NOTIFICACIÓN:		NOMBRE Y DOMICILIO DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
CASO N°	N° CN	N° DE TELEFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O AYUDA		
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo/de haberla) Y DOMICILIO				
		<input type="checkbox"/> Conferencia de la Agencia Información sobre Audiencia Imparcial y asistencia		
		Acceso a los Archivos		
		Información sobre Asistencia Legal		
OFICINA N°	UNIDAD N°	TRABAJADOR(A) DE CASOS N°	NOMBRE DE LA UNIDAD O DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS	N° TELEFÓNICO

Estamos MODIFICANDO sus beneficios según se explica a continuación y en la **PARTE B**, al lado de los casilleros marcados .

VER EN PARTE B INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS Y AUDIENCIA IMPARCIAL.

ASISTENCIA PÚBLICA

- REDUCIR sus Beneficios de Asistencia Pública a partir de _____ de \$ _____ a \$ _____
- AUMENTAR sus Beneficios de Asistencia Pública a partir de _____ de \$ _____ a \$ _____
- MANTENER su Beneficio de Asistencia Pública sin modificaciones en \$ _____

- Se aplica un RECOBRO del _____ por ciento (%) a su caso de Asistencia Pública. Si considera que el recobro a este nivel le ocasionará dificultades excesivas a su familia, le sugerimos ponerse en contacto con su trabajador(a) de casos para explicar sus razones. Dificultades excesivas significa que la persona no posee ingresos suficientes para comer, pagar los gastos de vivienda o servicios, obtener la vestimenta necesaria, comprar artículos de primera necesidad, o pagar los gastos médicos que no están cubiertos por Asistencia Médica. Su trabajador(a) de casos le informará qué tipo de prueba necesita presentar para demostrar que este recobro le ocasionará dificultades excesivas. Si decidimos que el recobro de beneficios le ocasionará dificultades excesivas, modificaremos dicho porcentaje entre un 5 y 10%. El recobro debe ser de por lo menos un 5%. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 352.31(d). La causa de este recobro se explica a continuación.

- DESCONTINUAR su subsidio de Asistencia Pública a partir de _____

La CAUSA de esta decisión es la siguiente: _____

La decisión anterior se basó en la 18 NYCRR _____

ASISTENCIA MÉDICA

- MANTENER la cobertura de Asistencia Médica para (nombre(s)) _____ sin modificaciones.
- MANTENER la cobertura de Asistencia Médica para (nombre(s)) _____ pendiente el recibo de la información necesaria para decidir si continúa reuniendo los requisitos. Sírvase contactarnos a más tardar el _____ al _____ para que le informemos qué datos necesitamos.
- MANTENER la cobertura de Asistencia Médica para (nombre(s)) _____ pendiente nuestra revisión de sus requisitos. Le comunicaremos nuestra decisión dentro de los treinta días.
- REDUCIR la cobertura de Asistencia Médica a partir de _____ para (nombre(s)) _____ de cobertura total a cobertura con un límite de ingresos y/o recursos (SPENDDOWN). Su Ingreso mensual bruto total es de \$ _____. Sus deducciones mensuales totales son de \$ _____. La diferencia entre estos montos es su ingreso mensual neto para Asistencia Médica. O sea \$ _____. El ingreso estándar autorizado para una familia como la suya es de \$ _____. La diferencia entre su ingreso neto y este estándar (\$ _____) es su ingreso mensual excesivo (18 NYCRR 360-4.8). La carta adjunta explica los requisitos necesarios según el Programa de Ingresos Excesivos y el Programa Opcional de Contribución de Pagos.
- DESCONTINUAR la Asistencia Médica para (nombre(s)) _____ a partir de _____ en razón de _____
- La cobertura de Asistencia Médica continuará como Asistencia Médica Transitoria (Ver hoja de datos de Asistencia Médica, adjunta)
- La cobertura de Asistencia Médica continuará hasta _____ debido al recibo/aumento de pagos de manutención infantil o pensión conyugal.

La decisión anterior se basó en la 18 NYCRR _____

SERVICIOS - Si recibe Servicios Sociales y pierde sus beneficios de Asistencia Pública y Asistencia Médica, le consideraremos para recibir Servicios Sociales en su próxima cita de recertificación. Esto no significa necesariamente que ya no podrá seguir recibiendo Servicios Sociales. Al momento de la recertificación, volveremos a determinar si puede seguir recibiendo Servicios Sociales. Para más información, contacte su trabajador(a) de casos o llame al número telefónico que aparece en la parte superior de este formulario.

LEA EL DORSO DE LA PARTE B PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR ESTA DECISIÓN.

Adjuntos

DISTRIBUCIÓN: Blanco - COPIA CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL Amarillo - COPIA CLIENTE Rosa - COPIA AGENCIA

NOMBRE:	DOMICILIO:	CASO NÚMERO
---------	------------	-------------

- Los Servicios Sociales le pueden dar información y asesoramiento sobre métodos de control de natalidad y le pueden ayudar a obtener asistencia médica para planificación familiar o para prevenir embarazos no deseados.
- Aunque usted ya no reúna los requisitos para Asistencia Pública o Asistencia Médica, puede recibir información y asesoramiento sobre planificación familiar durante 90 días a partir de la fecha de su solicitud.
- Para más información, sírvase ponerse en contacto con su trabajador(a) de casos o llamar al número de teléfono que figura en el anverso de este formulario.
- Si sabe de personas menores de 19 años de edad que no tengan cobertura de salud, llame al 1-800-698-4543 para informarse sobre la cobertura Child Health Plus.
- La reglamentación exige que inmediatamente notifique a este Departamento todo cambio en las necesidades, ingresos, recursos, situación de vivienda o domicilio.
- Si usted recibe Asistencia Pública, Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Médica es posible que obtenga un descuento en su servicio telefónico. Para recibir información sobre LIFELINE, llamar a Verizon, sin cargo al, 1-800-555-5000
- Aunque usted ya no reciba Asistencia Pública, Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Médica, podría recibir ayuda con los gastos de calefacción solicitando su incorporación al Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Puede recibir más información sobre HEAP llamando al número de teléfono general que figura en el anverso de este formulario.

VER EN EL REVERSO DE LA PARTE B

DERECHOS DE CONFERENCIA Y AUDIENCIA IMPARCIAL.

PUBLIC ASSISTANCE, FOOD STAMP BENEFITS, MEDICAL ASSISTANCE COVERAGE AND SERVICES (ADEQUATE ONLY) (NYC)

NOTICE DATE:		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE			
CASE NUMBER	CIN NUMBER				
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS					
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP _____			
		OR Agency Conference _____			
		Fair Hearing information and assistance _____			
		Record Access _____			
		Legal Assistance information _____			
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NUMBER	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NUMBER	

We are CHANGING your benefits, as explained below and on Part A, next to the checked box(es) :

SEE PART A FOR PUBLIC ASSISTANCE, MEDICAL ASSISTANCE AND SERVICES INFORMATION.

FOOD STAMP BENEFITS NOT PICKED UP WITHIN 270 DAYS CANNOT BE REPLACED.

FOOD STAMPS

1. **INCREASE** your Food Stamp Benefits from \$ _____ to \$ _____ effective _____
 Your Food Stamp Benefits certification period has been extended. Your benefits will now end in _____.
2. **CONTINUE** your Food Stamp Benefits at \$ _____ effective _____
 Your Food Stamp Benefits certification period has been extended. Your benefits will now end in _____.
3. **REDUCE** your Food Stamp Benefits from \$ _____ to \$ _____ effective _____
 Your Food Stamp Benefits certification period has been extended. Your benefits will now end in _____.
4. **DISCONTINUE** your Food Stamp Benefits as of _____.
5. **OVERPAYMENT INFORMATION**
 - We are establishing a Food Stamp Benefits overpayment because you or your household got more in Food Stamp Benefits that you should have. See the Demand Letter and also, if your case is closing, the Repayment Agreement for more information on this overpayment. This decision is based on 18 NYCRR 387.19.
 - You currently have a Food Stamp Benefits overpayment. If your case is closing, see the Demand Letter and Repayment Agreement for more information on the amount you owe and how you will repay this overpayment.
 - The benefit above reflects a _____% reduction (recoupment) of \$ _____ in your benefits in order to repay your overpayment. This decision is based on 18 NYCRR 387.19.
6. If you are getting Public Assistance and/or Medical Assistance, this change will NOT affect those benefits.
7. Other Information: _____

The reason for this action is: _____

The above decision(s) is based on 18 NYCRR _____

Responsibility To Report Changes – See enclosed LDSS-3151: "Food Stamp Change Report Form" for information on when to report changes.

BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:
-------	----------	--------------

CONFERENCE AND FAIR HEARING SECTION – DO YOU THINK WE ARE WRONG?

If you think our decision is wrong, you can ask for a review of our decision. We will correct our mistakes. You can do both 1 and 2:

1. Ask for a meeting (conference) with one of our supervisors; 2. Ask for a State fair hearing with a State hearing officer.

1. CONFERENCE (Informal meeting with us) - If you think our decision was wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a meeting. To do this, call the conference phone number on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. We encourage you to do this even when you have asked for a fair hearing.

If you only ask for a meeting with us, we will not keep your benefits the same while you appeal. Your benefits will stay the same only if you ask for a State fair hearing. (See "Keeping Your Benefits The Same" below.)

2. STATE FAIR HEARING – You have the following number of days from the date of this notice to ask for a fair hearing:

BENEFIT AREA	TIME LIMIT
Public Assistance, Medical Assistance, Social Services	60 days
Food Stamp Benefits	90 days

If this notice is telling you that you owe a Public Assistance overpayment, and if you do not agree that you owe this overpayment, you must call for a fair hearing within 60 days of the date of this notice. If you do not call for a fair hearing within 60 days of the date of this notice, you cannot claim in the future that the agency's decision that you owe the debt was wrong.

KEEPING YOUR BENEFITS THE SAME: We will restore your Public Assistance, Medical Assistance and Social Services Benefits to the same level they were before this notice. If you ask for a fair hearing before the effective date stated in this notice. However, even if you ask for a fair hearing, your Food Stamp Benefits **cannot be continued in the same amount as** before your recertification, but will be in the new amount shown in this notice. If you lose the fair hearing, you will have to pay back any Public Assistance benefits you got but should not have gotten, while you were waiting for the decision. Also, we may recover Medical Assistance Benefits.

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 or boxes below:

I do not want to "keep my benefits the same" until the Fair Hearing decision is issued:

- Public Assistance Medical Assistance Social Services

HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING: You can ask for a fair hearing by:

Mail: Send a copy of the entire notice to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Please keep a copy for yourself.

- I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Phone: (212) 417-6550 (Please have this notice with you when you call.)

Fax: Fax a copy of the front and reverse of this notice to: (518) 473-6735.

Walk-In: Bring a copy of this entire notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, NYC.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, fax or walk-in, please write to ask for a fair hearing before the deadline.

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. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. 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 this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

At the hearing, you and your lawyer or other representative will have a chance to explain why we are wrong and a chance to give the hearing officer written papers that explain why we are wrong.

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements.

At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

LEGAL ASSISTANCE: If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. For the names of other lawyers, check your 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 file. If you call or write to us, we will send you free copies of the documents from your file that we will provide the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call or write to us, we will send you free copies of other specific documents from your file that 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 documents from your case file, you should ask them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three (3) working days of when you ask for them. If you make your request less than five (5) working days before your hearing, your document copies will be given to you within three (3) working days of your request or 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 us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

ASISTENCIA PÚBLICA, BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS, COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA Y SERVICIOS (OPORTUNO SOLAMENTE)(NYC)

FECHA DE NOTIFICACIÓN:		NOMBRE Y DOMICILIO DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO:		
CASO N°	N° CN	N° DE TELÉFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O AYUDA		
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo/de haberla) Y DOMICILIO:				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		<input type="checkbox"/> Conferencia de la Agencia Información sobre Audiencia Imparcial y asistencia		
		Acceso a los Archivos		
		Información sobre Asistencia Legal		
OFICINA N°	UNIDAD N°	TRABAJADOR(A) DE CASOS N°	NOMBRE DE LA UNIDAD O DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS	N° TELEFÓNICO:

Estamos MODIFICANDO sus beneficios según se explica a continuación y en la **PARTE A**, al lado de los casilleros marcados .

VER EN PARTE A INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA PÚBLICA, ASISTENCIA MÉDICA Y SERVICIOS.

LOS BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS NO RETIRADOS DENTRO DE LOS 270 DÍAS NO SERÁN REEMPLAZADOS

CUPONES PARA ALIMENTOS

1. **AUMENTAR** sus Beneficios de Cupones para Alimentos de \$ _____ a \$ _____ a partir de _____.
 El periodo de certificación para Beneficios de Cupones para Alimentos ha sido prorrogado. Ahora sus beneficios finalizarán en _____.
2. **MANTENER** sus Beneficios de Cupones para Alimentos en \$ _____ a partir de _____.
 El periodo de certificación para Beneficios de Cupones para Alimentos ha sido prorrogado. Ahora sus beneficios finalizarán en _____.
3. **REDUCIR** sus Beneficios de Cupones para Alimentos de \$ _____ a \$ _____ a partir de _____.
 El periodo de certificación para Beneficios de Cupones para Alimentos ha sido prorrogado. Ahora sus beneficios finalizarán en _____.
4. **DESCONTINUAR** su Beneficio de Cupones para Alimentos a partir de _____.
5. **INFORMACIÓN SOBRE PAGO EXCESIVO**
 - Se ha determinado un pago excesivo de Beneficios de Cupones para Alimentos porque usted o su hogar recibieron un monto de Beneficios de Cupones para Alimentos superior al correspondiente. Ver la Carta de Reclamo y además, si su caso se está cerrando, el Acuerdo de devolución para más información sobre el pago excesivo. Esta decisión se tomó conforme lo determina la disposición 18 NYCRR 387.19.
 - Usted tiene abierto un caso por pago excesivo de Beneficios de Cupones para Alimentos. Si su caso se está cerrando, ver la Carta de Reclamo y el Acuerdo de devolución para obtener más información sobre el monto adeudado y la forma en que reintegrará este pago excesivo.
 - El beneficio anterior refleja una reducción de ___% (recobro) de \$ _____ en sus beneficios para reintegrar el pago excesivo. Esta decisión se tomó conforme lo determina la disposición 18 NYCRR 387.19.
6. Si usted está recibiendo Asistencia Pública y/o Asistencia Médica, este cambio NO afectará dichos beneficios.
7. Otra información: _____

La causa de esta acción es la siguiente: _____

La decisión anterior se basó en la 18 NYCRR _____

Responsabilidad de Informar Cambios - Ver LDSS-3151-SP adjunto: "Programa Cupones de Alimentos: Formulario para Informar Cambios" para informarse cuándo debe reportar cambios.

LEA EL DORSO DE ESTE FORMULARIO PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR ESTA DECISIÓN.

Adjuntos

DISTRIBUCIÓN: Blanco - COPIA DEL CUENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL Amarillo - COPIA DEL CLIENTE Rosa - COPIA DE LA AGENCIA

NOMSRE:	DOMICILIO:	CASO NÚMERO
---------	------------	-------------

SECCIÓN CONFERENCIA Y AUDIENCIA IMPARCIAL - ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?

Si cree que nuestra decisión es incorrecta, puede solicitar una revisión. Corrigiremos los errores. Ud puede tomar ambas medidas, 1 y 2.

1. Solicitar una reunión (conferencia) con alguno de nuestros supervisores; 2. Solicitarle al Estado una audiencia imparcial con un funcionario estatal para audiencias.

1. CONFERENCIA (reunión informal con nosotros) - Si cree que nuestra decisión es incorrecta o si usted no entiende lo que hemos resuelto, sírvase llamar para concertar una reunión. Para hacerlo, sírvase llamar al número telefónico de conferencia en el **anverso** de este aviso o escribanos a la dirección que aparece en el **anverso** de este aviso. A veces es la forma más rápida de resolver los problemas. Esperamos que usted tome esta medida aun en el caso de que haya solicitado una audiencia imparcial.

Si solamente solicita una reunión con nosotros, no mantendremos sus beneficios sin cambios mientras dura la apelación. Sus beneficios sólo se mantendrán sin cambios si usted solicita una audiencia imparcial Estatal. (Ver abajo "Mantener sus Beneficios sin Cambios").

2. AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL - Para solicitar una audiencia imparcial, usted tiene a partir de la fecha de este aviso:

ÁREA DE BENEFICIOS	PLAZO:
Asistencia Pública, Asistencia Médica, Servicios Sociales	60 días
Beneficios De Cupones para Alimentos	90 días

Si este aviso le informa que usted tiene una deuda por pago excesivo de Asistencia Pública y no está de acuerdo, deberá llamar para pedir una audiencia imparcial dentro de los 60 días de la fecha de este aviso. Si no llama para pedir la audiencia imparcial dentro de los 60 días de la fecha de este aviso, no podrá reclamar en el futuro que la decisión de la agencia con respecto a su deuda era incorrecta.

MANTENER SUS BENEFICIOS SIN CAMBIOS: Mantendremos sus Beneficios de Asistencia Pública, Asistencia Médica y Servicios Sociales en el mismo nivel en que estaban antes de recibir este aviso, si solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de puesta en vigencia que figura en este aviso. Sin embargo, aun si solicita una audiencia imparcial, sus Beneficios de Cupones para Alimentos **no se podrán mantener igual** que antes de su recertificación, sino que serán por el nuevo monto que se indica en este aviso. Si usted pierde en la audiencia imparcial, tendrá que devolver todos los Beneficios de Asistencia Pública obtenidos que no debería haber recibido mientras esperaba la decisión. Además, podremos recuperar los Beneficios de Asistencia Médica.

Si usted no quiere que sus beneficios continúen sin cambios hasta que se tome la decisión, deberá informarle al Estado esta decisión cuando solicita la audiencia imparcial o, si usted devuelve este aviso, deberá llamar al casillero o casilleros a continuación:

No deseo que "mis beneficios continúen sin cambios" hasta que se tome la decisión de la Audiencia Imparcial.

Asistencia Pública Asistencia Médica Servicios Sociales

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Usted puede solicitar una audiencia imparcial:

Por correo: Enviar una copia de todo este formulario a la Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Sírvase guardar una copia para usted.

- Deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la decisión de la agencia. (Puede explicar a continuación por qué está en desacuerdo, pero no es necesario que incluya una explicación escrita).

Por teléfono: (212) 417-6550 (Sírvase tener este aviso con usted cuando llame)

Por fax: Envíe por fax una copia del anverso y reverso de este aviso al: (518) 473-6735.

En persona: Lleve una copia completa de este aviso a la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York) en 14 Boerum Place, Brooklyn 6 al 300 West 34th Street, NYC.

Si usted no se puede comunicar con la Oficina de Asistencia Temporal y de Incapacidad del Estado de Nueva York por teléfono, por fax o en persona, sírvase escribir para solicitar una audiencia imparcial antes del vencimiento del plazo.

LO QUE SUCEDE EN UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: El Estado le informará cuándo y dónde se realizará la audiencia imparcial.

En la audiencia, tendrá oportunidad de explicar por qué cree que nuestra decisión es incorrecta. Usted podrá estar acompañado por un abogado, pariente, amigo u otra persona para que colabore con usted. Si no puede concurrir, puede enviar a otra persona en su representación. Si en su representación, usted envía a una audiencia a una persona que no es abogado, deberá entregarle una carta para que presente ante el funcionario a cargo de la audiencia en la que declara que usted desea que dicha persona lo represente en la audiencia.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante tendrán oportunidad de explicar por qué estamos equivocados u oportunidad de presentar ante el funcionario evidencia escrita que demuestre por qué estamos equivocados.

Para ayudarlo a explicar en la audiencia por qué usted cree que estamos equivocados, se le sugiere presentar testigos que lo puedan ayudar. También se le sugiere traer todo documento que tenga con usted, como: comprobantes de pagos salariales, alquileres, recibos, cuentas, comprobantes médicos.

En la audiencia, usted y su abogado o representante podrán interrogar a nuestros testigos o a los que presenta usted para ayudar en su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita un abogado para que colabore con usted en este problema, es posible que pueda obtener esta asistencia sin costo alguno de su parte poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal de su localidad. Puede encontrar nombres de otros abogados en la Páginas Amarillas, bajo "Lawyers" (abogados).

ACCESO A SU EXPEDIENTE Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para colaborar en su preparación para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si nos llama o nos escribe, le brindaremos sin cargo, copias de documentos contenidos en su expediente, las mismas que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe, le enviaremos, sin cargo, copias de otros documentos específicos contenidos en su expediente y que usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo examinar su expediente, llame al (718) 722-5012, o envíe un fax al (718) 722-5018 o escriba a HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.

Si desea obtener copias de documentos contenidos en el expediente de su caso, se le sugiere solicitarlas con anticipación. En general, le serán enviadas dentro de los tres (3) días hábiles de la realización del pedido. Si usted realiza su pedido menos de cinco (5) días antes de la audiencia, es posible que reciba los documentos del expediente de su caso dentro de los tres (3) días de su solicitud o durante la audiencia.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su expediente o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos a los números de teléfono que figuran en el **anverso** de este formulario o escribírnos a la dirección que figura en el **anverso** de este formulario.