



**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 #04-85-OPE**

**REVISION OF NOTICE OF ACTION (NOA) FORMS**

<p><b>Date:</b> May 7, 2004</p>	<p><b>Subtopic(s):</b> Forms</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff that selected Notice of Action (NOA) forms that provide Conference and Fair Hearing information for applicants/participants have been revised.</p> <p>These revisions include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The Albany, NY telephone number of the Office of Administrative Hearings (OAH) of the New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) for applicants/participants to call for a Fair Hearing has been replaced by a toll-free telephone number, <b>(800) 342-3334</b>.</li> <li>• Applicants/participants can now request a Fair Hearing by completing an online request form at the Web site address of the Office of Administrative Hearings, indicated below:   <a href="http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp">http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp</a></li> <li>• Information regarding the method of requesting a Fair Hearing Conference was added: "If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline."</li> <li>• Forms meeting Local Law 73 requirements (requiring HRA to translate all City-generated documents that affect participant benefits) are now designated with "LLF" in the form header.</li> </ul>

**HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?**  
 Call 718-557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or  
 send an e-mail to *FIA Call Center*

- Form header labels (face) and (reverse) have been replaced with corresponding page numbers.
- Language has been added to the Notice of Determination on Application for Guide Dog Assistance Program (**W-686c**) form to further describe a reason for denial. The original reason "You are employed" now states: "You are employed. SSA exempts some earnings for the maintenance of a guide, hearing or service dog from consideration when determining your SSI benefit."

Copies of each revised form are attached.

**Note:** Information on participants' right to continue existing public assistance, food stamps, medical assistance and/or social service benefits are not required on non-aid-continuing Fair Hearing forms.

*Effective Immediately*

**Attachments:**

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

<b>M-3mm</b>	Notification of Application Withdrawal (Cash Assistance, Food Stamps and Medical Assistance) (5/7/04)
<b>M-3mm (S)</b>	Notification of Application Withdrawal (Cash Assistance, Food Stamps and Medical Assistance) (Spanish) (5/7/04)
<b>M-686c</b>	Notice of Determination on Application for Guide Dog Food Assistance Program (5/7/04)
<b>M-686c (S)</b>	Notice of Determination on Application for Guide Dog Food Assistance Program (Spanish) (5/7/04)
<b>W-134V</b>	Notice of Restoration of Food Stamp Benefits (5/7/04)
<b>W-134V (S)</b>	Notice of Restoration of Food Stamp Benefits (Spanish) (5/7/04)
<b>W-560CC</b>	Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits (5/7/04)
<b>W-560CC (S)</b>	Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits (Spanish) (5/7/04)
<b>W-560DD</b>	Notice of Ineligibility for Transitional Child Care Benefits (5/7/04)
<b>W-560DD (S)</b>	Notice of Ineligibility for Transitional Child Care Benefits (Spanish) (5/7/04)

<b>W-908SS</b>	Notice of Homebound Recertification Appointment (5/7/04)
<b>W-908SS (S)</b>	Notice of Homebound Recertification Appointment (Spanish) (5/7/04)
<b>W-908T</b>	Notice of Recertification Appointment (5/7/04)
<b>W-908T (S)</b>	Notice of Recertification Appointment (Spanish) (5/7/04)
<b>W-908T (Insert)</b>	Notification of Recertification Appointment (Insert) (5/7/04)
<b>W-908T (Insert) (S)</b>	Notification of Recertification Appointment (Insert) (Spanish) (5/7/04)



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

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

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

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

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

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

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

Fold Here

Fold Here

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

**Cash Assistance (Public Assistance)**

You have withdrawn your application for cash assistance.

**Food Stamps**

You have withdrawn your application for food stamps.

**Medical Assistance**

You have withdrawn your application for medical assistance.

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

**Your Right to a Fair Hearing**

You have a right to a Fair Hearing even if you have agreed in writing that your application should be withdrawn but you feel that you were given incorrect or incomplete information about your eligibility for the covered program or service. See regulation 18 NYCRR § 358-3.1 (b) (1).

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

\_\_\_\_\_  
JOS/Worker Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Supervisor Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.  
BE SURE TO READ PAGE 2 OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### STATE FAIR HEARING

**How to Ask for a Fair Hearing:** If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call (800) 342-3334. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: (518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**What to Expect at a Fair Hearing:** The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call (718) 722-5012, fax (718) 722-5018 or write to HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

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

### FAIR HEARING REQUEST

#### Deadline:

If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for public assistance, medical assistance or social service issues and ninety (90) days for Food Stamp issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

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

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



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

Plegue Aquí

Plegue Aquí

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

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

#### Asistencia de Dinero en Efectivo (Asistencia Pública)

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

#### Cupones para Alimentos

Usted ha retirado su solicitud de cupones para alimentos.

#### Asistencia Médica

Usted ha retirado su solicitud de asistencia médica.

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

#### Su Derecho a una Audiencia Imparcial

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

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

Firma del JOS/Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER LA SEGUNDA PÁGINA DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**



## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que aparece que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201.  
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a la Oficina de Audiencias Administrativas, Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance a cualquiera de las siguientes direcciones: **14 Boerum Place, Brooklyn;** o **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.**
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

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

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, estas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pide. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrán entregar el día de la audiencia.

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

### PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

#### Fecha Límite:

Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública, asistencia médica y servicios sociales, y noventa (90) días para asuntos de Cupones para Alimentos.

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

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Calle Num. del Apt. Ciudad Estado Código Postal

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



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

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

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

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

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

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

Fold Here

Fold Here

### Notice of Determination on Application for Guide Dog Food Assistance Program

After careful consideration of your application for the Guide Dog Food Assistance Program, we find that you are:

eligible for assistance from the program and will receive, on or about the first day of each month, a check for \$35.00. Payments will be issued retroactive from \_\_\_\_\_ (date)

ineligible for assistance from the program due to the following reason(s):

**Our clearance indicates:**

You are not eligible for, or in receipt of, Supplemental Security Income (SSI) benefits.

You are not blind, deaf or disabled.

**Your application indicates:**

You do not own a guide dog.

You are employed. SSA exempts some earnings for the maintenance of a guide, hearing or service dog from consideration when determining your SSI benefit.

Other (specify): \_\_\_\_\_

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 397.10.

\_\_\_\_\_  
Signature of Guide Dog Coordinator

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Supervisor Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.  
BE SURE TO READ PAGE 2 OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**



## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### STATE FAIR HEARING

**How to Ask for a Fair Hearing:** If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: **(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either **14 Boerum Place, Brooklyn** or **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**What to Expect at a Fair Hearing:** The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

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

### FAIR HEARING REQUEST

#### Deadline:

If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for public assistance issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

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

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

Fecha del Aviso: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Unidad del Caso: \_\_\_\_\_  
Núm. de Tel. de FH&C: \_\_\_\_\_

Plegue Aquí

Plegue Aquí

### Aviso de la Determinación sobre la Solicitud para el Programa de Asistencia para Comida para Perros Guías

Después de considerar cuidadosamente su solicitud para el Programa de Asistencia para Comida Para Perros Guías, hemos decidido que usted:

reúne los requisitos para asistencia del programa y recibirá, el primer día de cada mes, o alrededor de esa fecha, un cheque por \$35.00. Los pagos serán emitidos retroactivamente a partir de \_\_\_\_\_.

no reúne los requisitos para asistencia del programa debido a la(s) siguiente(s) razón(es):

**Nuestra autorización indica que:**

- Usted no reúne los requisitos para o recibe beneficios de Ingreso Suplemental de Seguridad (SSI).  
 Usted no es ni ciego, ni sordo, ni incapacitado.

**Su solicitud indica que:**

- Usted no es dueño de un perro guía.  
 Usted está empleado. La Administración de Seguro Social (Social Security Administration – SSA) exime algunos ingresos para el mantenimiento de perros guía, para sordos, o para servicios, respecto a la determinación de sus beneficios de Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income – SSI).  
 Otro caso (especifique): \_\_\_\_\_

La(s) disposición(es) legal(es) y reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal modo es/son 18 NYCRR § 397.10.

\_\_\_\_\_  
Firma del Coordinador de Perros Guía

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER LA SEGUNDA PÁGINA DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que aparece que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, **P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**. (Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a la Oficina de Audiencias Administrativas, Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance a cualquiera de las siguientes direcciones: **14 Boerum Place, Brooklyn**; o **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

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

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al (718) 722-5012, por facsímil al (718) 722-5018 o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, estas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pide. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

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

### PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

#### Fecha Límite:

Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública.

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

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

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

Número de Caso: \_\_\_\_\_

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

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

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



## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### STATE FAIR HEARING

**How to Ask for a Fair Hearing:** If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call (800) 342-3334. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: (518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**What to Expect at a Fair Hearing:** The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call (718) 722-5012, fax (718) 722-5018 or write to HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

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

### FAIR HEARING REQUEST

**Deadline:**

If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within ninety (90) days from the date of the notice for Food Stamp Issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

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

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



Fecha del Aviso: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajador: \_\_\_\_\_  
Núm. de Tel. de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso de Restauración de Beneficios de Cupones para Alimentos

Plegue Aquí

Plegue Aquí

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

#### CUPONES PARA ALIMENTOS

Le hemos estado emitiendo un beneficio reducido de Cupones para Alimentos para compensar por un pago excesivo de Cupones para Alimentos que usted había recibido. Usted ya ha reembolsado el pago excesivo, y le estamos restaurando el beneficio mensual completo. Vigente el \_\_\_\_\_ usted recibirá \$ \_\_\_\_\_  
(fecha)  
al mes en beneficios de Cupones para Alimentos.

Si esta casilla está marcada, usted ha pagado más de lo que debía. Por lo tanto, le estamos emitiendo un beneficio suplementario por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_, por el/los mes(es) de \_\_\_\_\_

Este beneficio estará disponible para que lo pueda recoger en un local de Transferencia Electrónica de Beneficios (Electronic Benefit Transfer – EBT) el \_\_\_\_\_  
(fecha)

Adjunta se encuentra una copia de su nuevo presupuesto de Cupones para Alimentos.

La(s) disposición(es) legales y/o reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal forma es/son 18 NYCRR § 387.18.

Trabajador

Fecha

Supervisor

Fecha

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER LA SEGUNDA PÁGINA DE ESTE AVISO SOBRE COMO APELAR ESTA DECISIÓN.



## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la primera página de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la primera página de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al (800) 342-3334. (Favor de tener este aviso a mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada al número: (518) 473-6735.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a la Oficina de Audiencias Administrativas, Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance a cualquiera de las siguientes direcciones: 14 Boerum Place, Brooklyn; o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/eah/forms.asp>

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

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

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsimil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsimil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al (718) 722-5012, por facsimil al (718) 722-5018 o escriba a: HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, estas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pide. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

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

### PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

#### Fecha Límite

Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de noventa (90) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de Cupones para Alimentos.

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

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

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

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

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





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

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

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

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

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

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

### Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits

You have met the eligibility criteria for Transitional Child Care benefits. Your Transitional Child Care benefits are effective Fold Here \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, while you are employed. Fold Here

Child care payments will be paid directly to \_\_\_\_\_  
Child Care Provider First Name M.I. Child Care Provider Last Name

Payments will be provided on behalf of the following:

Child(ren)	Provider	For the Amount of	Effective	Check (P) one
				<input type="checkbox"/> full-time <input type="checkbox"/> part-time
				<input type="checkbox"/> full-time <input type="checkbox"/> part-time
				<input type="checkbox"/> full-time <input type="checkbox"/> part-time
				<input type="checkbox"/> full-time <input type="checkbox"/> part-time

You are responsible for a family share which must be paid to \_\_\_\_\_  
Child Care Provider First Name M.I. Child Care Provider Last Name  
in the amount of \$ \_\_\_\_\_ per week.

Your provider(s) must submit a monthly attendance form (HRA1) to the HRA Voucher Payment Unit.

**In order to continue to receive benefits, these are your responsibilities:**

Notify the Transitional Child Care Unit at (212) 835-7681 immediately of any change in family income, persons living in your household, employment child care arrangements, or any other changes that may affect your continued eligibility or the amount of your benefit.

Promptly pay any family share required.

If you are transitioning from temporary assistance, you must actively pursue a child support order and modifications as required.

Near the end of the 12 months of Transitional Child Care benefits you will receive an appointment letter from the Agency for Child Development (ACD) to redetermine your eligibility for publicly funded child care benefits.

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 415.7.

JOS/Worker Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Supervisor Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.  
BE SURE TO READ PAGE 2 OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

### Conference and Fair Hearing Information

#### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

#### STATE FAIR HEARING

**How to Ask for a Fair Hearing:** If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call (800) 342-3334. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed to: (518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**What to Expect at a Fair Hearing:** The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call (718) 722-5012, fax (718) 722-5018 or write to HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

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

#### FAIR HEARING REQUEST

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for child care issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

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

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



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

### Aviso de Elegibilidad a Beneficios de Cuidado Infantil de Transición

Fold Here

Fold Here

Usted reúne los requisitos de elegibilidad para beneficios de Cuidado Infantil de Transición. Sus beneficios de cuidado infantil entrarán en vigor el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_ mientras usted esté empleado.

Los pagos de cuidado infantil se harán directamente a \_\_\_\_\_  
 (Proveedor de Cuidado Infantil)

Los pagos se proveerán a nombre de los siguientes:

Niño(s)	Proveedor	En la Cantidad de	A partir de	Seleccione (P) una
				<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
				<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
				<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
				<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial

Usted tiene la responsabilidad de pagar una porción familiar a \_\_\_\_\_  
 por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ semanales.  
 (Proveedor de Cuidado Infantil)

Su(s) proveedor(es) debe(n) someter un formulario de asistencia mensual (HRA1) a la Unidad de Comprobantes de Pagos de la HRA (HRA Voucher Payment Unit).

**Sus responsabilidades para seguir recibiendo beneficios son las siguientes:**

Avisar inmediatamente a la Unidad de Cuidado Infantil de Transición al (212) 835-7681 de cualquier cambio en el ingreso familiar de las personas que viven en su domicilio, en su empleo, en arreglos de cuidado infantil u otros cambios que puedan afectar la continuación de su elegibilidad o la cantidad de su beneficio.

Pagar sin demoras cualquier porción familiar requerida.

Si usted está en transición de asistencia temporaria, debe reclamar una orden de mantenimiento de niños además de las modificaciones que se requieran.

Al aproximarse el final de los 12 meses de los beneficios de Cuidado Infantil de Transición usted recibirá una carta de aviso de cita de parte de la Agencia de Desarrollo del Niño (Agency for Child Development – ACD) para redeterminar su derecho a beneficios de cuidado infantil públicamente financiados.

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal forma es/son 18 NYCRR § 415.7.

Firma del JOS/Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.  
 ASEGÚRESE DE LEER LA SEGUNDA PÁGINA DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

### Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

#### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

#### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al (800) 342-3334. (Favor de tener este aviso a mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: (518) 473-6735.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance a cualquiera de las siguientes direcciones:  
14 Boerum Place, Brooklyn; o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

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

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al (718) 722-5012, por facsímil al (718) 722-5018 o escriba a: HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, estas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pide. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrán entregar el día de la audiencia.

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

#### PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

**Fecha Límite:** Si usted desea que el estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de cuidado infantil.

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

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

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

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

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### STATE FAIR HEARING

**How to Ask for a Fair Hearing:** If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call (800) 342-3334. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: (518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**What to Expect at a Fair Hearing:** The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call (718) 722-5012, fax (718) 722-5018 or write to HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

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

### FAIR HEARING REQUEST

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for child care issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

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

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



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

### Aviso de Inelegibilidad para Beneficios de Transición de Cuidado Infantil

Fold Here

Fold Here

Hemos determinado que usted no reúne los requisitos para recibir beneficios de Cuidado Infantil de Transición por la(s) razón(es) mencionadas a continuación.

Sus ingresos mensuales brutos de \$ \_\_\_\_\_ exceden el límite permisible dado el tamaño de su familia de \_\_\_\_\_.

Usted no nos ha proporcionado los siguientes documentos: \_\_\_\_\_

Su caso de Asistencia Pública sigue activo (abierto). Puede que usted tenga derecho a otro tipo de beneficios de cuidado infantil. Comuníquese con su trabajador del centro de empleo. Los pagos de Cuidado Infantil de Transición están disponibles solo para familias empleadas cuyos casos de Asistencia Pública estén cerrados.

Usted tiene un hogar de dos padres. Ambos padres deben someter información de pago, en caso que ambos trabajen. De otro modo, aquel de los padres que no trabaje se considera en disposición de cuidar niño(s), a menos que esté emocional o físicamente incapacitado, en cuyo caso una nota médica reciente debe someterse detallando la condición, tratamiento, y pronosis de su recuperación.

Su proveedor de cuidado infantil no satisface las pautas del Estado/de la Agencia.

El/los niño(s) por quien(es) se solicitan los pagos tiene(n) 13 años de edad o más.

Usted no ha solicitado Asistencia de Cuidado Infantil dentro de los últimos doce meses posteriores al cierre de su caso de Asistencia Pública.

Usted no recibió Asistencia Pública durante tres de los seis meses anteriores al cierre de su caso.

Otra: \_\_\_\_\_

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permite obrar de tal forma es/son 18 NYCRR § 415.1, 415.7.

Firma del JOS/Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER LA SEGUNDA PÁGINA DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

### Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

#### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la primera página o escribanos a la dirección que también aparece en la primera página de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

#### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al (800) 342-3334. (Favor de tener este aviso a mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada al número (518) 473-6735.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a la Oficina de Audiencias Administrativas, Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance a cualquiera de las siguientes direcciones: 14 Boerum Place, Brooklyn; o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

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

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al (718) 722-5012 por facsímil al (718) 722-5018 o escriba a: HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, estas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pide. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

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

#### PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

**Fecha Límite:** Si usted desea que el estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de cuidado infantil.

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

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle                      Num. del    Ciudad                      Estado    Código Postal                      Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





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

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

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

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

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

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

### Notice of Homebound Recertification Appointment

Fold Here

Fold Here

This letter is to inform you that you must have a face-to-face recertification interview to assist us in determining if you can still receive:

Public Assistance     Food Stamps

As confirmed in our telephone conversation with you on \_\_\_\_\_, your homebound  
(Day/Date)  
recertification appointment is scheduled for \_\_\_\_\_  AM  PM  
(Day/Date) (Time)

If you cannot keep this interview, call \_\_\_\_\_ as soon as possible to reschedule the appointment.  
(Telephone Number)

We were unable to reach you by telephone to schedule a homebound recertification interview. Please call your Worker at  
(Telephone Number) and let us know when we can visit you. If you do not have a telephone available, please  
fill in below the date and time that a Worker may visit you and return this form to us, in the enclosed pre-paid envelope.  
\_\_\_\_\_  AM  PM  
(Day/Date) (Time)

**Be sure to read the "Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits" section of this notice.**

Depending on the program(s) for which you are recertifying, you will need to provide information on and proof of the items checked below that explain your current situation and how it has changed. If you need any help getting this proof, please let your Worker know as soon as possible.

**For your Public Assistance Interview you must have available:**

- information about the people in your home;
- proof that the people who get assistance live in your home;
- proof of expenses (such as rent, utilities, child care);
- proof of any income you get;
- proof of any assets you have;
- proof of any changes in your living situation, such as change in household size.

**For your Food Stamp Benefits Interview you must have available current proof of any of the following that apply:**

- earned income for the past four (4) weeks;
- any change of \$100 or more in the amount of your household's monthly unearned income;
- any medical expenses since you last applied or were recertified for anyone in your household who is 60 years of age or older or disabled;
- any change in your living situation such as changes in income, resources, shelter (rent, utility, heat, telephone, etc.), family size, child care costs, and any other changes.

**In addition, you also need to provide:**

The following case member, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
First Name M.I. Last Name  
must report to this recertification interview to be finger-imaged.

Our records show that \_\_\_\_\_ will be  
First Name M.I. Last Name  
be 18 years old next month. We require a letter from his/her school, showing his/her expected date of graduation.

We have not verified school attendance for \_\_\_\_\_  
First Name M.I. Last Name  
You must go to the school and obtain verification for the above named individual(s). You do not need to obtain school verification for anyone not listed.

If your case type indicated below is Family Assistance (FA) and you (including other adult members of the household) have received 58 months or more of cash assistance (indicated in the Number of Months of Cash Assistance Used box below) **you and all adult members of your household must come to this interview.**

Time Limit Count – Federal and State laws set a time limit on cash assistance for all adults.\* Our records show that the case number listed below has the number of trackable months of assistance used as follows:

Case Number	Suffix	Case Type	Number of Months of Cash Assistance Used	As of Date

\*Minor children are exempt from time limit count, UNLESS they are the head of the household.

A minor child is considered to be a head of household when s/he is the grantee of his or her own family. A minor child who resides in an adult-supervised living agreement, in which payment is made to a person who is not the minor and who is responsible for the disposition of the funds, shall not be considered a "head of household" and shall not be tracked toward the time limit while residing in such an arrangement as a minor.

A minor child who is NOT the head of the household is an individual who is not yet eighteen (18) years old or who is between eighteen (18) and nineteen (19) and is a full-time student in a secondary school, or in the equivalent level of vocational or technical training.

Other:

#### What Happens If I Do Not Come to the Interview?

**Public Assistance:** If you do not come to your interview, we will think that you do not want public assistance. We will then close your public assistance case and send you a notice informing you of the closing date. This decision is based on 18 NYCRR § 351.22.

**Medical Assistance:** A face-to-face interview is not required to continue your Medical Assistance. However, you must report any changes in address, income, resources or household size to this department.

#### Food Stamp Benefits:

If you submit your recertification application by \_\_\_\_\_ and are still eligible, you will receive uninterrupted Food Stamp Benefits. However, you will not get Food Stamp Benefits after \_\_\_\_\_

Last Day of Certification Period

Last Day of Certification Period

unless you are recertified. If you, a member of your household or your authorized representative do not turn in your recertification form, complete an interview and give any required documentation, you will not get Food Stamp Benefits unless you apply again and are eligible. If any proof is still needed after the interview, you will be told what you need to bring, and you will have at least ten (10) days to submit it. This decision is based on 18 NYCRR § 387.17.

#### What If I No Longer Want or Need Assistance?

If you do not want or need public assistance, Food Stamp Benefits and/or medical assistance, please tell us. If you want any of these benefits to stop, check the box(es) below next to the benefit(s) and tell us the reason why. It is important for you to tell us why you want your case closed, because, depending on the reason, you may be able to get medical assistance for up to a year. You may also be able to get help with your child care expenses.

If you check any of the box(es) below, sign, date and send this form to the address of the Job Center listed on page one of this form.

I do not want or need PUBLIC ASSISTANCE. If you checked this box but still want Food Stamp Benefits, you must submit a recertification application in the manner explained in the Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits (see Form W-908T Insert) section of this notice. Your medical assistance will continue unless you also check the next box.

I do not want MEDICAL ASSISTANCE.

I do not want FOOD STAMP BENEFITS.

Reason:

JOS/Worker Signature

Date

Supervisor Signature

Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.  
BE SURE TO READ PAGE 4 OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

### Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits

You have a right to:

- request that the Food Stamp in-office interview be waived in hardship situations. Hardship generally includes, but is not limited to, illness, transportation difficulties, care of a household member, hardship due to residency in a rural area, prolonged severe weather, or work or training hours that prevent you from coming during regular office hours.
- ask for an application for Food Stamp Benefits. This office must accept the application as long as it is signed and has a readable name (and address, if you have one).
- apply for Food Stamp Benefits in person, by mail, fax or through an authorized representative. An interview may be required.

If all members of your household are now receiving Supplemental Security Income (SSI) or plan to apply for SSI, you may apply for Food Stamp Benefits at the Social Security Office instead of turning in your recertification form at the Food Stamp office. If you choose to do this, the Social Security Office must also get your application by (see page 2 of this Notice). They will interview you and send your application and supporting documents to the Food Stamp Benefits office to see if you can still get Food Stamp Benefits.

### Services and Other Information

- Social Services may provide information and education about family planning for up to 90 days from the effective date stated in this notice. A loss of public assistance and medical assistance benefits will require a redetermination of your eligibility for social services within 30 days of such a decision. This does not necessarily mean that these services will be terminated. It means that your continuing eligibility for these services will have to be redetermined. For further information, please contact your Worker.
- If you are getting public assistance, medical assistance or Food Stamp Benefits, you may be able to get a discount on your phone service. For information on LIFELINE, call Verizon toll-free at (800) 555-5000.
- Although you may no longer be eligible for Public Assistance, Food Stamp Benefits or Medical Assistance, you still may be eligible for assistance with your heating costs by applying for the Home Energy Assistance Program (HEAP). Information on HEAP can be obtained by calling HEAP Central at (800) 692-0557.

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### STATE FAIR HEARING

**How to Ask for a Fair Hearing:** If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call (800) 342-3334. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: (518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**What to Expect at a Fair Hearing:** The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call (718) 722-5012, fax (718) 722-5018 or write to HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

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

### FAIR HEARING REQUEST

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within ninety (90) days from the date of the notice for Food Stamp Issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_  
Street Apt. # City State Zip Code  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_





## Derechos respecto a la Entrevista/Solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos

Usted tiene el derecho de:

- solicitar que la entrevista de Cupones para Alimentos en la Oficina sea dispensada debido a dificultades. En general, se pueden citar algunas dificultades entre las cuales están incluidas, las enfermedades, el transporte, cuidar a un miembro del hogar, el residir en un área rural, mal tiempo prolongado, el trabajo u horas de capacitación que le impidan acudir durante un horario normal de oficina.
- pedir una solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos. Esta oficina debe aceptar la solicitud siempre y cuando esté firmada y tenga el nombre y (la dirección si la tiene) legible(s).
- solicitar Beneficios de Cupones para Alimentos en persona, por correo, fax o a través de un representante autorizado, lo cual puede requerir de una entrevista.

Si todos los miembros de su hogar actualmente reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income – SSI) o tiene planes para solicitar SSI, usted puede solicitar para Beneficios de Cupones para Alimentos en la oficina del Seguro Social en vez de presentar su formulario de recertificación en la oficina de Cupones para Alimentos. Si así lo decide, la Oficina del Seguro Social también debe recibir su solicitud antes del (vea la página 2 de este Aviso). Ellos le enviarán su solicitud con documentos correspondientes a la oficina de Beneficios de Cupones para Alimentos para ver si todavía puede recibir Beneficios de Cupones para Alimentos.

### Servicios y Otra Información

- La Oficina de Servicios Sociales tal vez le pueda proporcionar información y educación sobre la planificación familiar hasta 90 días desde la fecha de vigencia indicada en este aviso. La pérdida de beneficios de asistencia pública y médica requerirá una redeterminación de su elegibilidad para servicios sociales dentro de 30 días de dicha decisión. Esto no necesariamente significa que estos servicios serán suspendidos. Esto significa que su elegibilidad continua para estos servicios tendrán que ser determinados de nuevo. Favor de comunicarse con su Trabajador, para más información.
- Si usted recibe asistencia pública, asistencia médica o Beneficios de Cupones para Alimentos, tal vez pueda recibir un descuento en su servicio de teléfono. Llame gratuitamente a Verizon al (800) 555-5000, para más información sobre LIFELINE.
- Aunque ya no sea elegible para Asistencia Pública, Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Médica, usted todavía puede ser elegible para asistencia con sus gastos de calefacción solicitando al Programa de Asistencia para Energía en el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP). Información sobre HEAP se puede obtener llamando a la Central de HEAP al (800) 692-0557.



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Worker Name: \_\_\_\_\_  
Worker Phone: \_\_\_\_\_  
FH&C Phone: \_\_\_\_\_

### Notice of Recertification Appointment

This letter is to inform you that you must have a face-to-face recertification interview to assist us in determining if you can still receive:

Public Assistance     Food Stamps

The date of your interview is \_\_\_\_\_. The time of your interview is \_\_\_\_\_.

Please report to your Center at the above address for the recertification interview with an Eligibility Worker.

If you cannot keep this interview or if you miss the interview, call \_\_\_\_\_ as soon as possible to reschedule the appointment.  
Telephone Number

**Be sure to read the "Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits" section of the W-908T Insert attached to this notice.**

Depending on the program(s) for which you are recertifying, you will need to provide information on and proof of the items checked below that explain your current situation and how it has changed. If you need any help getting this proof, please let your Worker know as soon as possible.

If the Center you report to requires a paper recertification application, it will be provided to you when you arrive for your interview. If you are reporting to a Center using a paperless computer system, your recertification application will be completed and filed on the computer. You will be assisted with this electronic recertification process. Regardless of which type of Center you report to, you must bring all documents requested in this appointment notice to your interview.

**Proof to bring to your Public Assistance Interview** – You will need to:

- provide information about the people in your home;
- prove that the people who get assistance live in your home;
- show proof of expenses (such as rent, utilities, child care);
- show proof of any income you get;
- show proof of any assets you have;
- show proof of any changes in your living situation, such as change in household size.

**Proof to bring to your Food Stamp Benefits Interview** – You will need to bring current proof of any of the following that apply:

- earned income for the past four (4) weeks;
- any change of \$100 or more in the amount of your household's monthly unearned income;
- any medical expenses since you last applied or were recertified for anyone in your household who is 60 years of age or older or disabled;
- any change in your living situation such as changes in income, resources, shelter (rent, utility, heat, telephone, etc.), family size, child care costs, and any other changes.

**In addition, you also need to bring:**

- The following case member, \_\_\_\_\_ must report for the scheduled recertification to be finger-imaged.  
First Name M.I. Last Name
- Our records show that \_\_\_\_\_ will be be 18 years old next month. We require a letter from his/her school, showing his/her expected date of graduation.  
First Name M.I. Last Name
- We have not verified school attendance for \_\_\_\_\_  
First Name M.I. Last Name
- You must go to the school and obtain verification for the above named individual(s). You do not need to obtain school verification for anyone not listed.



If your case type indicated below is Family Assistance (FA) and you (including other adult members of the household) have received 58 months or more of cash assistance (indicated in the Number of Months of Cash Assistance Used box below) **you and all adult members of your household must come to this interview.**

Time Limit Count – Federal and State laws set a time limit on cash assistance for all adults. \* Our records show that the case number listed below has the number of trackable months of assistance used as follows:

Case Number	Suffix	Case Type	Number of Months of Cash Assistance Used	As of Date

\*Minor children are exempt from time limit count, UNLESS they are the head of the household.

A minor child is considered to be a head of household when s/he is the grantee of his or her own family. A minor child who resides in an adult-supervised living agreement, in which payment is made to a person who is not the minor and who is responsible for the disposition of the funds, shall not be considered a "head of household" and shall not be tracked toward the time limit while residing in such an arrangement as a minor.

A minor child who is NOT the head of the household is an individual who is not yet eighteen (18) years old or who is between eighteen (18) and nineteen (19) and is a full-time student in a secondary school, or in the equivalent level of vocational or technical training.

Other:

**What Happens if I Do Not Come to the Interview?**

**Public Assistance:** If you do not come to your interview, we will think that you do not want public assistance. We will then close your public assistance case and send you a notice informing you of the closing date. This decision is based on 18 NYCRR § 351.22.

**Medical Assistance:** A face-to-face interview is not required to continue your Medical Assistance. However, you must report any changes in address, income, resources or household size to this department.

**Food Stamp Benefits:**

If you submit your recertification application by \_\_\_\_\_ and are still eligible, you will receive uninterrupted Food Stamp Benefits. However, you will not get Food Stamp Benefits after \_\_\_\_\_ unless you are recertified. If you, a member of your household or your authorized representative do not turn in your recertification form, complete an interview and give any required documentation, you will not get Food Stamp Benefits unless you apply again and are eligible. If any proof is still needed after the interview, you will be told what you need to bring, and you will have at least ten (10) days to submit it. This decision is based on 18 NYCRR § 387.17.

**What if I No Longer Want or Need Assistance?**

If you do not want or need public assistance, Food Stamp Benefits and/or medical assistance, please tell us. If you want any of these benefits to stop, check the box(es) below next to the benefit(s) and tell us the reason why. It is important for you to tell us why you want your case closed, because, depending on the reason, you may be able to get medical assistance for up to a year. You may also be able to get help with your child care expenses.

If you check any of the box(es) below, sign, date and send this form to the address of the Job Center listed on page one of this form.

I do not want or need PUBLIC ASSISTANCE. If you checked this box but still want Food Stamp Benefits, you must submit a recertification application in the manner explained in the Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits (see Form W-908T Insert) section of this notice. Your medical assistance will continue unless you also check the next box.

I do not want MEDICAL ASSISTANCE.

I do not want FOOD STAMP BENEFITS.

Reason:

Signature

Case Number

Date Signed

**BE SURE TO READ THE ATTACHED INSERT  
FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**

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

Número del Caso: \_\_\_\_\_

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

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

Nombre del Trabajador: \_\_\_\_\_

Num. de Teléfono del Trabajador: \_\_\_\_\_

Número de Tel. de  
Audiencia Imparcial: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cita de Recertificación

Esta carta es para informarle que tiene que acudir a una entrevista de recertificación en persona para ayudar a determinar si todavía puede recibir:

- Asistencia Pública     Cupones para Alimentos

La fecha de su entrevista es el \_\_\_\_\_ Su entrevista es a esta hora \_\_\_\_\_

Favor de presentarse al Centro a la dirección que se indicada más arriba para una entrevista de recertificación con un Trabajador de Elegibilidad.

Si usted no puede presentarse o falta a la entrevista, llame al \_\_\_\_\_ tan pronto sea posible para programar otra cita.  
(Número de Teléfono)

**Asegúrese de leer la sección W-908T (S) Insert adjunta a este aviso sobre "Derechos sobre Beneficios de Cupones para Alimentos en la Solicitud y Entrevista".**

De acuerdo al programa para el que necesite recertificarse, usted tendrá que proporcionar información y pruebas de los asuntos marcados a continuación que explican su condición actual y como ha cambiado. Si necesita cualquier ayuda para obtener pruebas, favor de llamar a su Trabajador lo más pronto sea posible.

El Centro al que usted se presente le proveerá una solicitud de recertificación en papel cuando usted llegue a su entrevista si dicho Centro así lo requiere. Si en cambio usted se presenta a un Centro con sistema electrónico computarizado, su solicitud de recertificación será procesada por computadora y se le brindará ayuda con dicho proceso electrónico de recertificación. Sin importar el tipo de Centro al que usted se presente, debe traer a su entrevista todos los documentos solicitados en este aviso de la cita.

**Pruebas que debe traer a su entrevista de Asistencia Pública – Usted tendrá que:**

- dar información sobre las personas en su hogar;
- probar que las personas que reciben asistencia viven en su hogar;
- presentar pruebas de gastos (tales como la renta, servicios, cuidado infantil);
- presentar pruebas de todo ingreso que reciba;
- presentar pruebas de todos los bienes que tenga;
- presentar pruebas de cualquier cambio en su condiciones de vida tal como un cambio en el tamaño de su hogar.

**Pruebas que debe traer a su entrevista de Beneficios de Cupones para Alimentos – Usted tendrá que traer pruebas actuales de cualquiera de los siguientes casos que le corresponda:**

- Ingresos de las últimas cuatro (4) semanas;
- algún cambio de \$100 o más en la cantidad de los ingresos mensuales del hogar no derivados del trabajo;
- algún gasto médico desde que presentó su solicitud o fue recertificado para cualquier persona incapacitada o de 60 años de edad o mayor en su hogar;
- algún cambio en su condición de vida, tal como en su ingreso, recursos, vivienda (renta, servicios públicos, calefacción, teléfono, etc.), tamaño de la familia, gastos de cuidado infantil y cualquier otro cambio.

**Además, necesita traer:**

El siguiente miembro del caso, \_\_\_\_\_  
(Nombre) (S.N.) (Apellido)  
debe presentarse a la recertificación programada para que le tomen su impresión digital.

Nuestros archivos indican que \_\_\_\_\_  
(Nombre) (S.N.) (Apellido)  
cumplirá los 18 años de edad el próximo mes. Necesitamos una carta de la escuela que muestra la fecha anticipada de su graduación.

No hemos verificado asistencia escolar de \_\_\_\_\_  
(Nombre) (S.N.) (Apellido)  
Usted debe ir a la escuela a conseguir verificación sobre la(s) persona(s) mencionadas más arriba. No necesita conseguir verificación si la persona no está mencionada.

- Si su tipo de caso indicado más abajo es de Asistencia Familiar (Family Assistance – FA) y usted (incluido otros miembros adultos del hogar) ha recibido 58 meses o más de asistencia de dinero en efectivo (indicado en la casilla más abajo Número de Meses que se Usó Asistencia de Dinero en Efectivo) **usted y todos los miembros adultos de su hogar tienen que acudir a esta entrevista.**

Cálculo para el Límite de Tiempo – Las leyes Federales y Estatales establecen un límite de tiempo respecto a la asistencia de dinero en efectivo que puede recibir cualquier adulto\*. Nuestros archivos indican que el número de caso que aparece más abajo ha utilizado el siguiente número de meses de asistencia bajo seguimiento:

Número del Caso	Sufijo	Tipo de Caso	Número de Meses que se Usó Asistencia de Dinero en Efectivo	Desde

\* Los niños menores de edad son exentos del cálculo para límite de tiempo, A MENOS QUE estos sean jefes de familia.

Se considera que un niño menor de edad es jefe de familia si es el donatario de su propia familia. Un niño menor de edad que reside bajo un arreglo de alojamiento supervisado por un adulto donde los pagos los recibe dicha persona en lugar del menor y la cual se responsabiliza en administrar los fondos, no será considerado "jefe de familia" y por lo tanto no estará bajo el seguimiento de límite de tiempo mientras resida bajo el arreglo de alojamiento supervisado como menor de edad.

Un niño menor de edad que NO sea jefe de familia es alguien que todavía no ha cumplido los dieciocho (18) años de edad, o que está entre las edades de dieciocho (18) y diecinueve (19) y es un estudiante a tiempo completo en una escuela secundaria, o está a un nivel equivalente de capacitación profesional o técnica.

Otro:

**¿Qué Sucede si no Acudo a la Entrevista?**

**Asistencia Pública** – Si usted no acude a su entrevista, supondremos que no desea asistencia pública, por lo cual, le cerraremos su caso de asistencia pública y le enviaremos un aviso informándole la fecha del cierre. Esta decisión se basa en 18 NYCRR § 351.22.

**Asistencia Médica** – No se requiere una entrevista en persona para continuar su Asistencia Médica. Sin embargo, usted debe informar a esta oficina sobre cualquier cambio de dirección, ingresos, recursos o tamaño del hogar.

**Beneficios de Cupones para Alimentos** – Si usted presenta su solicitud de recertificación antes del Último Día del Período de Certificación y si todavía es elegible, recibirá beneficios de Cupones para Alimentos continuos. Sin embargo, usted no recibirá Beneficios de Cupones para Alimentos después del Último Día del Período de Certificación a menos que sea recertificado. Si usted, un miembro de su hogar, o su representante autorizado no presenta su formulario de recertificación, no lleva a cabo una entrevista ni entrega la documentación requerida, no recibirá Beneficios de Cupones para Alimentos a menos que solicite de nuevo y sea elegible. Si después de la entrevista aún se necesitan más pruebas, se le informará lo que necesita traer, y se le dará por lo menos 10 días para presentar las pruebas. Esta decisión se basa en 18 NYCRR § 387.17.

**¿Qué Sucede si no Deseo o no Necesito Asistencia?**

Favor de informarnos si usted no desea o no necesita asistencia pública, Beneficios de Cupones para Alimentos y/o asistencia médica. Si usted desea que alguno de estos beneficios sean suspendidos, marque la(s) casilla(s) más abajo al lado del beneficio y díganos la razón por lo cual lo ha decidido. Es importante que nos diga el motivo por el cual desea cerrar su caso, debido a que según el motivo tal vez pueda recibir asistencia médica hasta por un año. Además tal vez pueda obtener ayuda con sus gastos de cuidado infantil.

Si usted marca alguna de las casillas más abajo, firme, escriba la fecha y envíe a la dirección del Centro de Empleo indicado en la primera página de este formulario.

- Yo no deseo ni necesito ASISTENCIA PÚBLICA. Si usted marcó esta casilla pero todavía desea Beneficios de Cupones para Alimentos usted debe presentar la solicitud de recertificación en la manera explicada en la sección de Derechos sobre Beneficios de Cupones para Alimentos en la Solicitud y Entrevista de este aviso. Su asistencia médica continuará a menos que también
- Yo no deseo ASISTENCIA MÉDICA.
- Yo no deseo BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS.

Razón:

Firma

Número del Caso

Fecha de la Firma

**ASEGÚRESE DE LEER LA HOJA ADJUNTA  
PARA SABER SUS DERECHOS SOBRE COMO APELAR ESTA DECISIÓN**

**Notice of Recertification Appointment (W-908T) Insert  
Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits**

You have a right to:

- request that the Food Stamp in-office interview be waived in hardship situations. Hardship generally includes, but is not limited to, illness, transportation difficulties, care of a household member, hardship due to residency in a rural area, prolonged severe weather, or work or training hours that prevent you from coming during regular office hours.
- ask for an application for Food Stamp Benefits. This office must accept the application as long as it is signed and has a readable name (and address, if you have one).
- apply for Food Stamp Benefits in person, by mail, fax or through an authorized representative. An interview may be required.

If all members of your household are now receiving Supplemental Security Income (SSI) or plan to apply for SSI, you may apply for Food Stamp Benefits at the Social Security Office instead of turning in your recertification form at the Food Stamp office. If you choose to do this, the Social Security Office must also get your application by (see page 2 of the Notice of Recertification Appointment **W-908T**). They will interview you and send your application and supporting documents to the Food Stamp Benefits office to see if you can still get Food Stamp Benefits.

**Services and Other Information**

- Social Services may provide information and education about family planning for up to 90 days from the effective date stated in this notice. A loss of public assistance and medical assistance benefits will require a redetermination of your eligibility for social services within 30 days of such a decision. This does not necessarily mean that these services will be terminated. It means that your continuing eligibility for these services will have to be redetermined. For further information, please contact your Worker.
- If you are getting public assistance, medical assistance or Food Stamp Benefits, you may be able to get a discount on your phone service. For information on LIFELINE, call Verizon toll-free at (800) 555-5000.
- Although you may no longer be eligible for Public Assistance, Food Stamp Benefits or Medical Assistance, you still may be eligible for assistance with your heating costs by applying for the Home Energy Assistance Program (HEAP). Information on HEAP can be obtained by calling HEAP Central at (800) 692-0557.

JOS/Worker Signature

Date

Supervisor Signature

Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.  
BE SURE TO READ PAGE 2 OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**



## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of the attached notice or write to us at the address on **page 1** of the attached notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### STATE FAIR HEARING

**How to Ask for a Fair Hearing:** If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call (800) 342-3334. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: (518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**What to Expect at a Fair Hearing:** The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call (718) 722-5012, fax (718) 722-5018 or write to HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

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

### FAIR HEARING REQUEST

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within ninety (90) days from the date of the notice for Food Stamp issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_  
Street Apt # City State Zip Code  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## Aviso de Cita para Recertificación (W-908T) Insert Derechos sobre Beneficios de Cupones para Alimentos en la Solicitud y Entrevista

Usted tiene el derecho de:

- solicitar que la entrevista de Cupones para Alimentos en la Oficina sea dispensada debido a dificultades. En general, se pueden citar algunas dificultades entre las cuales están incluidas, las enfermedades, el transporte, cuidar a un miembro del hogar, el residir en un area rural, mal tiempo prolongado, el trabajo u horas de capacitación que le impidan acudir durante un horario normal de oficina.
- pedir una solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos. Esta oficina debe aceptar la solicitud siempre y cuando esté firmada y tenga el nombre y (la dirección si la tiene) legible(s).
- solicitar Beneficios de Cupones para Alimentos en persona, por correo, fax o a través de un representante autorizado, lo cual pueda requerir de una entrevista.

Si todos los miembros de su hogar actualmente reciben el Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income – SSI) o tiene planes para solicitar SSI, usted puede solicitar Beneficios de Cupones para Alimentos en la oficina del Seguro Social en vez de presentar su formulario de recertificación a la oficina de Cupones para Alimentos. Si así decidiera hacerlo, la Oficina del Seguro Social también debe recibir su solicitud antes del (vea la página 2 del Aviso de la Cita de Recertificación [W-908T]). Ellos le enviarán su solicitud con documentos correspondientes a la oficina de Beneficios de Cupones para Alimentos para determinar si todavía puede recibir Beneficios de Cupones para Alimentos.

### Servicios y Otras Informaciones

- La Oficina de Servicios Sociales puede proporcionar información Y educación sobre la planificación familiar por un período máximo de 90 días a partir de la fecha de vigencia indicada en este aviso. Si se pierden los beneficios de asistencia pública y médica será necesario redeterminar su elegibilidad para servicios sociales dentro de 30 días de dicha decisión. Esto no necesariamente significa que estos servicios serán suspendidos. Esto significa que su elegibilidad continua para estos servicios tendrá que ser determinada nuevamente. Favor de comunicarse con su Trabajador, para más información.
- Si usted recibe asistencia pública, asistencia médica o Beneficios de Cupones para Alimentos, tal vez pueda recibir un descuento en su servicio de teléfono. Llame gratuitamente a Verizon al (800) 555-5000, para más información sobre LIFELINE.
- Aunque ya no sea elegible para Asistencia Pública, Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Médica, usted todavía puede ser elegible para asistencia con sus gastos de calefacción solicitando al Programa de Asistencia para Energía en el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP). Información sobre HEAP se puede obtener llamando a la Central de HEAP al (800) 692-0557.

Firma del JOS/Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER LA SEGUNDA PÁGINA DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.

## CONFERENCIA Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la **primera página** de las hojas adjuntas, o escribanos a la dirección que aparece en la **primera página** de las hojas adjuntas. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al (800) 342-3334. (Favor de tener este aviso a mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: (518) 473-6735.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance a cualquiera de las siguientes direcciones:  
**14 Boerum Place, Brooklyn;** o **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.**
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

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

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo; los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al (718) 722-5012, por facsímil al (718) 722-5018 o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.** Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, estas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pide. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

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

### PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

**Fecha Límite:** Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de noventa (90) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de Cupones para Alimentos.

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

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

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

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

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_