



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 #04-94-OPE

REVISION OF NOTICE OF INTENT (NOI) FORMS

Date: May 24, 2004	Subtopic(s): Forms
<input type="checkbox"/> This procedure can now be accessed on the FIAweb.	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff that selected Notice of Intent (NOI) 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">• 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State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) for applicants/participants to call for a Fair Hearing has been replaced by a toll-free telephone number, (800) 342-3334.• Applicants/participants can now request a Fair Hearing by completing an online request form at the Web site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: <u>http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp</u>• 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."• Forms meeting Local Law 73 requirements (mandating HRA to translate all City-generated documents that affect participant benefits) are now designated with "LLF" in the form header.

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*

Distribution: X

- The multilingual form indicator "MLF" was removed from those forms where the indicator was not warranted.
- Form header labels (face) and (reverse) were replaced with corresponding page numbers.
- Information regarding the request to continue benefits was added: "Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same."

Additional changes were made as follows:

- The recoupment rate applied to Safety Net Assistance (SNA) participants is 10%. This rate is reflected in the Notice of Intent to Issue an Advance Allowance for Rent (Timely) (**W-146C**) and the Request for Advance Payment to Prevent Eviction (**W-637B**).
- An effective date for the utility allowance restriction was added to the Voluntary Rent/Utility Restriction Notice (**W-145K**).
- The regulations cited in the Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely) (**M-858c**) were updated from 18 NYCRR § 352.5 and § 381.3(c)(2) to 18 NYCRR § 352.5(f)(4) and § 381.3(c).
- The regulations cited in the Notice of Intent to Recoup Utility Grant (Timely) (**M-858x**) were updated from 18 NYCRR § 352.11, § 352.5(f)(3) and § 352.31 to 18 NYCRR § 352.11 and § 352.31(d).
- The regulations cited in the Notice of Intent to Issue an Advance Allowance for Rent (Timely) (**W-146C**) were updated from 18 NYCRR § 352.7, § 352.11 and § 352.31 to 18 NYCRR § 352.7(g) and § 352.11.
- The regulations 18 NYCRR § 381.1(b), § 381.2(a),(b) and § 381.3(c)(3) were cited in the Notice to Participant Receiving Restricted Rent Check (Timely) (**W-146A**).

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.

M-858c	Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely) (5/24/04)
M-858c (S)	Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely) (Spanish) (5/24/04)
M-858ff	Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely) (5/24/04)
M-858ff (S)	Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely) (Spanish) (5/24/04)
M-858x	Notice of Intent to Recoup Utility Grant (Timely) (5/24/04)
M-858x (S)	Notice of Intent to Recoup Utility Grant (Timely) (Spanish) (5/24/04)
W-145D	Notice of Change in Cash Payments for Safety Net Cases (Timely) (5/24/04)
W-145D (S)	Notice of Change in Cash Payments for Safety Net Cases (Timely) (Spanish) (5/24/04)
W-145K	Voluntary Rent/Utility Restriction Notice (Timely) (5/24/04)
W-145K (S)	Voluntary Rent/Utility Restriction Notice (Timely) (Spanish) (5/24/04)
W-146A	Notice to Participant Receiving Restricted Rent Check (Timely) (5/24/04)
W-146A (S)	Notice to Participant Receiving Restricted Rent Check (Timely) (Spanish) (5/24/04)
W-146C	Notice of Intent to Issue an Advance Allowance for Rent (Timely) (5/24/04)
W-146C (S)	Notice of Intent to Issue an Advance Allowance for Rent (Timely) (Spanish) (5/24/04)
W-637B	Request for Advance Payment to Prevent Eviction (5/24/04)
W-637B (S)	Request for Advance Payment to Prevent Eviction (Spanish) (5/24/04)



Notice Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Caseload: _____
FH&C Telephone: _____

Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely)

Fold Here

Fold Here

Utility Account Number:	Amount to be Restricted:	PA Grant Before Restriction:	PA Grant After Restriction:
	\$ _____	\$ _____	\$ _____

We wish to inform you that the Human Resources Administration (HRA) intends to restrict all or a portion of your home energy allowance currently included in your semi-monthly grant effective _____ (date).

We are taking this action because (check one):

after a review of your explanation for your failure to pay your utility bills for the month(s) of _____, we have determined that you failed the management test. In addition, you failed to demonstrate that you spent the home energy allowance and/or rent allowance appropriately for some emergency and/or your misuse of the funds threatened the health and safety of your household.

You are in receipt of Safety Net Assistance.

Effective on the date indicated above, all future utility bills will be sent directly by _____ (utility company) to HRA for for payment. Until further notice you will not be required to pay utility bills to this company.

This restriction of your home energy allowance will be based on your average monthly usage as determined by the utility company. In no event will the amount deducted exceed the total amount of the home energy allowance to which you are entitled. Periodically, the amount required to satisfy your utility bills will be adjusted. If we have deducted too much, we will reduce the amount being restricted and return the excess amount to you. If we have deducted too little, we will increase the amount being restricted and recoup the excess amount that we paid to the utility company on your behalf. We will inform you when we take such action.

- Your Food Stamp Benefits will continue unchanged.
- Medical assistance benefits for everyone in the household (who receives benefits) will continue unchanged.

These actions are taken in accordance with 18 NYCRR § 352.5(f)(4) and § 381.3(c).

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, 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/address listed on the front of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

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

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision. If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

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

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

Número de Teléfono de FH&C: _____

Aviso de la Intención de Restringir la Asignación de Energía para el Hogar (A tiempo definido)

Plegue Aquí

Plegue Aquí

Número de Cuenta de Servicios Públicos:	Cantidad a ser Restringida:	Concesión PA Antes de la Restricción:	Concesión PA Después de la Restricción:
	\$	\$	\$

Deseamos informarle que la Administración de Recursos Humanos (HRA) tiene la intención de restringir toda o una parte de su asignación de energía doméstica, actualmente incluida en su concesión quincenal, a partir del _____ (fecha)

Estamos tomando esta medida porque (marque una casilla):

- después de revisar su explicación de por qué usted no pagó sus facturas de servicios públicos el/los mes(es) de _____, hemos determinado que usted reprobó el examen de administración. Además, usted no demostró que gastó la concesión de energía doméstica y/o concesión para alquiler apropiadamente para una emergencia y/o puso en riesgo la salud y seguridad de su hogar debido a su mal administración de los fondos.
- usted recibe actualmente Asistencia de Red de Seguridad (Safety Net Assistance).

A partir de la fecha indicada arriba, todas sus facturas de servicios públicos serán enviadas por _____ (compañía de servicios públicos) directamente a la HRA para ser pagadas. Usted no tendrá que pagar facturas de servicios públicos a esta compañía hasta nuevo aviso.

La restricción de su asignación para energía doméstica se basará en su uso promedio mensual, determinado por la compañía de servicios públicos. De ninguna manera la cantidad deducida excederá la cantidad total de la asignación de energía doméstica a la cual usted tiene derecho. Periódicamente, la cantidad requerida para satisfacer las facturas de servicios públicos se ajustará. Si deducimos demasiado, reduciremos la cantidad restringida y le devolveremos el remanente. Si deducimos muy poco, aumentaremos la cantidad restringida y recuperamos el exceso que le abonamos a la compañía de servicios públicos a su nombre. Nosotros le informaremos cuando tomemos dicha medida.

- Sus beneficios de Cupones para Alimentos continuarán sin cambios.
- Los beneficios de asistencia médica para todos los miembros del hogar (que reciben beneficios) continuarán sin cambios.

Estas medidas se adoptan de acuerdo con 18 NYCRR § 352.5(f)(4) y § 381.3(c).

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 de que usted desea que tal persona 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

Mantenimiento de Sus Beneficios Sin Cambios: Sus beneficios continuarán sin cambios, hasta que la Audiencia Imparcial emita la decisión, si solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en este aviso. Sin embargo, si no recertifica su caso de beneficios de Cupones para Alimentos, de ninguna manera continuarán después de la última fecha del periodo de certificación de Cupones para Alimentos (refiérase a 18 NYCRR § 358-3.6).

Tenga en cuenta que si solamente pide una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, dentro del plazo de tiempo que se indica en la sección de Mantenimiento de Sus Beneficios, sus beneficios no continuarán al mismo nivel.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba una decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si usted envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, usted 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: _____ 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: _____

Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely)

Fold Here

Fold Here

Utility Account Number:	Amount to be Restricted:	PA Grant Before Restriction:	PA Grant After Restriction:
	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Dear Participant:

We wish to inform you that we intend to restrict your home energy allowance in the amount indicated above

effective _____ We are taking this action because we have been informed by:
(date)

- Keyspan (BUG) Con Edison Long Island Power Authority (LIPA) Other _____

that you have not paid your utility bill from _____ to _____, in the amount of \$ _____
(date) (date)

If you wish to contest this action, call the telephone number above. Your assistance will continue unchanged until you have had a conference at which you can explain the circumstances of your failure to pay your utility bills. At the conference, you may present proof that you have paid your rent and used all of your semimonthly home energy allowance toward the payment of your utility bill. You may also present evidence that you spent the Home Energy Allowance appropriately for some emergency or extraordinary event, or that you withheld payment to the utility company because of a dispute about your bill. Based on your evidence, we will make a determination of whether or not you have mismanaged your Public Assistance.

If we determine that you did mismanage your Public Assistance, we will restrict your Home Energy Allowance.

If you do not call the telephone number indicated above before the effective date of this notice, we will presume that you have mismanaged your Public Assistance grant, and we will proceed with our action to restrict your Home Energy Allowance.

These actions are taken in accordance with 18 NYCRR § 352.5(e) and the Home Energy Fair Practice Act Chapter 895 of the laws of 1981.

If your Home Energy Allowance is restricted, all future utility bills will be sent directly by the utility company to the Human Resources Administration (HRA) for payment. Until further notice, you will not be required to pay bills to the utility company. The restriction of your home energy allowance will be based on your average monthly usage as determined by the utility company. In no event will the amount deducted exceed the total amount of the Home Energy Allowance to which you are entitled.

The amount required to satisfy your bills will be adjusted monthly. If we have deducted too much, we will reduce the amount being restricted and return the excess amount to you on a quarterly basis. If we have deducted too little, we will increase the amount being restricted and recoup the excess amount that we paid to the utility company on your behalf. We will inform you when we take such actions.

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, 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/address listed on the front of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

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

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision. If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

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

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for public assistance 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: _____
Street Apt # City State Zip Code

Telephone Number: _____

Signature: _____

Date: _____



Fecha del Aviso: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Unidad de Casos: _____

Núm. de Tel. de FH&C: _____

Aviso de la Intención de Restringir la Asignación de Energía Doméstica (A tiempo definido)

Plegue Aquí

Plegue Aquí

Número de Cuenta de Servicios Públicos:	Cantidad a ser Restringida: \$	Concesión de AP Antes de Restricción: \$	Concesión de AP Después de Restricción: \$
---	-----------------------------------	---	---

Estimado(a) Participante:

Deseamos informarle que nosotros tenemos la intención de restringir su Asignación de Energía Doméstica en la cantidad indicada arriba en vigencia el _____ (fecha).

Estamos tomando esta medida porque hemos sido informados por:

- Keyspan (BUG) Con Edison Long Island Power Authority (LIPA) Otro _____

de que usted no ha pagado su cuenta de servicio público de _____ a _____, en la cantidad de \$ _____.

Si usted desea disputar esta medida, llame al número de teléfono arriba. Sus beneficios continuarán sin cambios hasta que haya tenido una conferencia en la cual usted pueda explicar las circunstancias de su falta de pago a sus cuentas de servicio público. En la conferencia, usted puede presentar prueba de que ha pagado su alquiler y ha utilizado la cantidad total de su asignación de energía en el hogar bimensual para pagar sus cuentas de servicio público. Usted también puede presentar evidencia que hizo uso apropiado de la Asignación de Energía Doméstica para alguna emergencia o evento extraordinario o que usted retuvo un pago a la compañía de servicios públicos por una disputa sobre su cuenta. Basado en su evidencia, determinaremos si usted ha administrado mal su asistencia pública.

Si determinamos que usted ha mal administrado su Asistencia Pública, restringiremos su Asignación de Energía Doméstica.

Si usted no llama al número de teléfono indicado más arriba antes de la fecha de vigencia de este aviso, supondremos que usted ha mal administrado sus beneficios de Asistencia Pública y procederemos con nuestra acción de restringir su Asignación de Energía Doméstica.

Estas acciones se toman conforme a 18 NYCRR § 352.5(e) y Home Energy Fair Practice Act Chapter 895 (el Acta de Prácticas Justas de Energía, Capítulo 895 de las leyes de 1981).

Si su Asignación de Energía Doméstica se restringe, todas su cuentas de servicios públicos serán enviadas directamente por la compañía de servicios públicos a la Administración de Recursos Humanos para ser pagadas. Hasta nuevo aviso usted no será requerido a pagar cuentas a esta compañía. La restricción de su subsidio de energía doméstica se basará en su uso mensual promedio, tal como lo determine la compañía de servicios públicos. En ningún caso la cantidad deducida excederá a la cantidad total de la Asignación de Energía Doméstica a la que usted tiene derecho.

La cantidad requerida para pagar sus cuentas de servicios públicos se ajustará mensualmente. Si hemos deducido demasiado, reduciremos la cantidad que se está restringiendo y le devolveremos la cantidad excedente trimestralmente. Si hemos deducido muy poco, aumentaremos la cantidad restringida y recuperaremos la cantidad excedente que le pagamos a la compañía de servicios públicos en su nombre. Nosotros le informaremos cuando tomemos tales medidas.

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 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 las hojas adjuntas, o escribanos a la dirección que también 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 de que usted desea que tal persona 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

Mantenimiento de Sus Beneficios Sin Cambios: Sus beneficios continuarán sin cambios, hasta que la Audiencia Imparcial emita la decisión, si solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en este aviso. Sin embargo, si no recertifica su caso de beneficios de Cupones para Alimentos, de ninguna manera continuarán después de la última fecha del periodo de certificación de Cupones para Alimentos (refiérase a 18 NYCRR § 358-3.6).

Tenga en cuenta que si solamente pide una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, dentro del plazo de tiempo que se indica en la sección de Mantenimiento de Sus Beneficios, sus beneficios no continuarán al mismo nivel.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba una decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si usted envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.

Fecha Limite: 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 limite.

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: _____

Notice of Intent to Recoup Utility Grant (Timely)

Fold Here

Fold Here

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

PUBLIC ASSISTANCE

Utility Account Number:	Amount of Current PA Grant:	Amount to be Recouped:	Amount of New Grant:
	\$ _____	\$ _____	\$ _____

This notice is to inform you that we intend to recoup an amount of \$ _____ semimonthly from each of your public assistance benefits effective _____ Date. This recoupment is to recover a utility grant issued to you on _____ Date

in the amount of \$ _____ Date to either prevent a shutoff or restore utility services. We are taking this action because, upon review of your explanation of a failure to pay utility bills for the months of _____ Month/Year, _____ Month/Year,

_____ Month/Year, _____ Month/Year, _____ Month/Year, _____ Month/Year, _____ Month/Year, _____ Month/Year,

we have determined that you did not meet the criteria for a nonrecoupable utility grant because:

- you did not pay an amount at least equal to your household's monthly Home Energy Allowance toward the monthly utility bill.
- you did not apply your monthly fuel for heating allowance, if any, to fuel bills.
- you did not apply your monthly shelter allowance to your monthly shelter cost.

The amount to be recouped is 10% of your household need. If you believe this reduction will cause your family an undue hardship, you may contact your JOS/Worker to explain your reason(s). An undue hardship means that a person does not have enough income to buy food, to pay for shelter or utilities, to get necessary clothing, to buy general items of need, or to pay for medical needs that are not covered by Medical Assistance. Your JOS/Worker will let you know what kind of proof you will need to support your undue hardship claim. If it is determined that the recoupment will cause an undue hardship, we will reduce the amount recouped from each benefit. However, the least amount that can be recouped from each benefit is 5 percent (%).

These actions are taken in accordance with 18 NYCRR § 352.11, § 352.5 (f)(3) and § 352.31 (d).

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, 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/address listed on the front of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

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

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision. If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

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

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

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 de que usted desea que tal persona 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 al 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

Mantenimiento de Sus Beneficios: Sus beneficios continuarán sin cambios, hasta que la Audiencia Imparcial emita la decisión, si solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en este aviso.

Tenga en cuenta que si solamente pide una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, dentro del plazo de tiempo que se indica en la sección de Mantenimiento de Sus Beneficios, sus beneficios no continuarán al mismo nivel.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba una decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si usted envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, usted 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: _____ 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 Change in Cash Payment for Safety Net Cases (Timely)

Fold Here

Fold Here

Households in receipt of Safety Net Cash Assistance with at least one adult who has received twenty-four (24) months of Safety Net Cash Assistance in a lifetime must be reclassified to Safety Net Non-Cash Assistance. This is true unless the adult is exempt from employment requirements or is HIV-positive and is not required to participate in drug/alcohol rehabilitation.

In Safety Net Non-Cash Assistance, most of the public assistance benefit is paid directly to service providers, such as your landlord, utility company, and fuel dealer.

We are notifying you that _____, has received twenty-four (24) months of cash assistance. (name)

Effective _____, there will be a restriction of your shelter allowance and/or energy allowance as indicated below: (date)

Check all boxes that apply.

Your shelter allowance will be paid directly to your landlord.
Landlord's Name: _____
Landlord's Address: _____

Your rent is more than the amount of the direct vendor shelter allowance that we issue and **you are responsible for paying the difference to your landlord.**

Your energy allowance will be paid directly to your utility provider.
Utility Provider: _____
Utility Address: _____

Other (specify): _____

The law and regulation that requires us to make this change are Social Services Law 159 (1)(b)(i) and (ii) and 18 NYCRR § 370.4(b)(2).

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, 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/address listed on the front of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

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

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision. If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below.

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

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

Número de Teléfono de FH&C: _____

Aviso de Cambio en los Pagos en Efectivo para Casos de Red de Seguridad (A tiempo definido)

Plegue Aquí

Plegue Aquí

Aquellos hogares que reciban Asistencia en Efectivo de Red de Seguridad (Safety Net Cash Assistance), y que consten de por lo menos un adulto que haya recibido veinticuatro (24) meses de Asistencia en Efectivo de Red de Seguridad hasta la fecha, deben ser reclasificados a Asistencia No en Efectivo de Red de Seguridad. Esto es aplicable a menos que el adulto esté exento de requisitos de empleo o que padezca de VIH y no necesite participar en un programa de rehabilitación para alcohol o drogas.

En la Asistencia No en Efectivo de Red de Seguridad, la mayor parte del beneficio de asistencia pública se paga directamente a los proveedores de servicios, como su casero, las compañías de servicios públicos, y comerciantes de combustibles.

Le notificamos de que _____, ha recibido veinticuatro (24) meses de asistencia en efectivo. (nombre y apellido)

El _____, entrará en vigor una restricción de su asignación de vivienda y/o asignación de energía, (fecha)

tal como se indica más abajo:

Marque todas las casillas que correspondan.

Su asignación de vivienda se pagará directamente a su casero.

Nombre y Apellido del Casero: _____

Dirección del Casero: _____

La cantidad de su alquiler es superior a la cantidad emitida por nosotros de la asignación de vivienda del proveedor directo de servicios, y sobre usted recae la responsabilidad de pagar la diferencia a su casero.

Su asignación de energía se pagará directamente a su proveedor de servicios públicos.

Proveedor de Servicios Públicos: _____

Dirección del Proveedor de Servicios Públicos: _____

Otro caso (especifique): _____

La disposición legal y reglamentaria que estipula que efectuemos este cambio son Social Services Law 159 (1)(b)(i) y (ii) y 18 NYCRR § 370.4(b)(2).

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/oa/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 de que usted desea que tal persona 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

Mantenimiento de Sus Beneficios: Sus beneficios continuarán sin cambios, hasta que la Audiencia Imparcial emita la decisión, si solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en este aviso.

Tenga en cuenta que si solamente pide una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, dentro del plazo de tiempo que se indica en la sección de Mantenimiento de Sus Beneficios, sus beneficios no continuarán al mismo nivel.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba una decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si usted envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.

Fecha Limite: Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, usted 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 limite.

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

Nombre en Letras de Molde: _____ Número de Caso: _____

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

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____



Notice Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Caseload: _____
FH&C Telephone Number: _____

Voluntary Rent/Utility Restriction Notice (Timely)

Fold Here

As per your request, your shelter allowance will be restricted on _____ as follows:
(date)

Fold Here

Direct vendor payment to your landlord:
 including \$ _____ from your food and other grant toward your excess rent.

Two-party check in your name and your landlord's name mailed to your home address:
 including \$ _____ from your food and other grant toward your excess rent.

You cannot cash this check.

Landlord's Name: _____
Location Name
Landlord's Address: _____
Address Line 1
City _____ State _____ Zip Code _____

The amount we will send your landlord semimonthly is \$ _____. This will reduce the amount of cash you will receive. These payments will begin with your benefit of \$ _____ on _____.

As per your request, your utility allowance will be restricted on _____ as follows:
(date)

Direct vendor payment to the utility company:
Company's Name: _____
Location Name
Company's Address: _____
Address Line 1
City _____ State _____ Zip Code _____

Semimonthly Amount \$ _____

Individuals in the Family Assistance program may discontinue this arrangement at any time. To receive unrestricted payments send a written request to your Worker asking to terminate the voluntary agreement. The restriction will be terminated within thirty (30) days after the receipt of the written request.

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, 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/address listed on the front of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

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

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision. If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

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

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

Unidad de Casos: _____

Num. de Teléfono del FH&C: _____

Plegue Aquí

Plegue Aquí

Aviso de Restricción Voluntaria del Alquiler/Servicios Públicos (A tiempo definido)

Según su petición, su asignación para albergue será restringida el _____ como se indica a continuación:
(fecha)

Pago directo del proveedor de servicios a su casero:

que incluye \$ _____ de su concesión de alimentos y otras concesiones destinadas a su alquiler remanente.

Cheque de dos partes a su nombre y al de su casero enviado por correo a su dirección residencial:

que incluye \$ _____ de su concesión de alimentos y otras concesiones destinadas a su alquiler remanente.

Usted no podrá cambiar este cheque.

Nombre del Casero: _____
Nombre del Local

Dirección del Casero: _____
Dirección del Local

Ciudad Estado Código Postal

La cantidad que le enviaremos a su casero bimensualmente será de \$ _____. Esto reducirá la cantidad de que usted recibirá. Estos dinero en efectivo pagos comenzarán con sus beneficios de \$ _____ a partir del _____.
(fecha)

A petición suya, su asignación para servicios públicos será restringida el _____ como se indica a continuación:
(fecha)

Pago directo del proveedor de servicios a la compañía de servicios públicos.

Nombre de la Compañía: _____
Nombre del Local

Dirección de la Compañía: _____
Dirección del Local

Ciudad Estado Código Postal

Cantidad Bimensual \$ _____

Las personas en el programa de Asistencia Familiar (Family Assistance) pueden discontinuar este arreglo en cualquier momento. Para recibir pagos sin restricciones, envíe una solicitud por escrito a su trabajador(a) pidiendo que termine el acuerdo voluntario. La restricción será terminada dentro de treinta (30) días de recibir la solicitud por escrito.

Firma del Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA PÁGINA 2 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 las hojas adjuntas, o escribanos a la dirección que también 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/oa/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 de que usted desea que tal persona 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 cómo 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

Mantenimiento de Sus Beneficios: Sus beneficios continuarán sin cambios, hasta que la Audiencia Imparcial emita la decisión, si solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en este aviso. Sin embargo, si no recertifica su caso de beneficios de Cupones para Alimentos de ninguna manera continuarán después de la última fecha del periodo de certificación de Cupones para Alimentos (refiérase a 18 NYCRR § 358-3.6).

Tenga en cuenta que si solamente pide una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, dentro del plazo de tiempo que se indica en la sección de Mantenimiento de Sus Beneficios, sus beneficios no continuarán al mismo nivel.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba una decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si usted envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.

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

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: _____

Fold Here

Fold Here

Notice to Participant Receiving Restricted Rent Checks (Timely)

Our records indicate that your shelter allowance is restricted.

Beginning _____ you will no longer receive two-party rent checks; we will send
(date)

the rent directly to your landlord as indicated below:

- New York City Housing Authority (NYCHA)
- Housing Preservation and Development (HPD)
- Other (specify): _____

Until the change takes place, continue to give all two-party rent checks to your landlord.

JOS/Worker Signature

Date

Supervisor Signature

Date

The law(s) and/or regulation(s) which allow(s) us to do this is/are: 18 NYCRR § 381.1(b), § 381.2(a),(b) and § 381.3(c)(3).

**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, 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/address listed on the front of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

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

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision. If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

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

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

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: _____
Street Apt. # City State Zip Code

Telephone Number: _____

Signature: _____

Date: _____



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

Plegue Aquí

Plegue Aquí

Aviso para los Participantes que Reciban Cheques para Alquiler Restringido (Oportuno)

Nuestros expedientes indican que su concesión para refugio ha sido restringida. A partir del _____, usted
(fecha)
ya no recibirá cheques de alquiler a nombre de dos partes pues le enviaremos el pago para el alquiler directamente a su
casero indicado a continuación:

- New York City Housing Authority (NYCHA) – Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Nueva York
- Housing Preservation and Development (HPD) – Desarrollo Y Preservación de la Vivienda
- Otro (especifique): _____

Hasta que se lleve a cabo este cambio, continúe entregando todos los cheques a nombre de dos partes para
alquiler a su casero.

Firma del Trabajador/JOS

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

La(s) Ley(es) y/or Disposición(es) reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de esta forma es/son: 18 NYCRR § 381.1(b),
§ 381.2 (a),(b) y § 381.3(c)(3).

**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 las hojas adjuntas, o escribanos a la dirección que también 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/oa/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 de que usted desea que tal persona 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

Mantenimiento de Sus Beneficios Sin Cambios: Sus beneficios continuarán sin cambios, hasta que la Audiencia Imparcial emita la decisión, si solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en este aviso. Sin embargo, si no recertifica su caso de beneficios de Cupones para Alimentos, de ninguna manera continuarán después de la última fecha del periodo de certificación de Cupones para Alimentos (refiérase a 18 NYCRR § 358-3.6).

Tenga en cuenta que si solamente pide una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, dentro del plazo de tiempo que se indica en la sección de Mantenimiento de Sus Beneficios, sus beneficios no continuarán al mismo nivel.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba una decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si usted envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.

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

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: _____

Fold Here

Fold Here

Notice of Intent to Issue an Advance Allowance for Rent (Timely)

This notice is being sent to advise you that to prevent your eviction for nonpayment of rent, your landlord, the New York City Housing Authority (NYCHA), has agreed to accept a restricted advance allowance. Unless we hear from you before _____, we will issue this advance totaling \$ _____ (the amount of your rent arrears) to the NYCHA.

If we issue this advance, we intend to recoup the money advanced. If you are receiving Family Assistance (FA) or Safety Net Assistance (SNA), we will recoup 10% of your household needs from each of your future benefits until the amount advanced has been recouped. You have a right to ask your Worker for a determination of undue hardship, which can reduce the amount recouped from each check. However, the minimum percentage that can be recouped from each check is 5%.

If you do not want this advance allowance issued, you must come into your Center with this notice before the effective date above.

The law(s) and/or regulation(s) which allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 352.7(g) and § 352.11.

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, 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/address listed on the front of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

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

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision. If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

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

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

Número de Teléfono de FH&C: _____

Notificación de la Intención para Emitir una Concesión Adelantada para Alquiler (A tiempo definido)

Plegue Aquí

Plegue Aquí

Por medio de esta notificación le informamos que para poder evitarle un desalojo por falta de pago de alquiler, su casero y la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Nueva York (New York City Housing Authority) han acordado aceptar una concesión restringida adelantada. A menos que usted se comunique con nosotros antes del _____, nosotros emitiremos este adelanto por el total de \$ _____ (por las cantidades atrasadas) a la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Nueva York (New York City Housing Authority).

Si emitimos este adelanto, tenemos la intención de recuperar el dinero adelantado. Si usted está recibiendo Asistencia para Familias o Asistencia de Red de Seguridad (Safety Net Assistance – SNA) nosotros recuperaremos un 10% de sus necesidades domésticas de cada uno de sus beneficios futuros hasta que la cantidad adelantada sea recuperada. Usted tiene el derecho de solicitar de su trabajador una determinación de privación excesiva la cual puede reducir la cantidad recuperada de cada cheque. Sin embargo, la cantidad mínima que puede ser recuperada de cada cheque es 5%.

Si usted no desea que esta concesión adelantada sea emitida, tiene que ir a su Centro con esta notificación antes de la fecha de vigencia antedicha.

La(s) ley(es) y/o reglamentación(es) que nos permite(n) hacer esto es/son 18 NYCRR § 352.7(g) y § 352.11.

Firma del JOS/Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA PÁGINA 2 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 de que usted desea que tal persona 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

Mantenimiento de Sus Beneficios: Sus beneficios continuarán sin cambios, hasta que la Audiencia Imparcial emita la decisión, si solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en este aviso.

Tenga en cuenta que si solamente pide una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, dentro del plazo de tiempo que se indica en la sección de Mantenimiento de Sus Beneficios, sus beneficios no continuarán al mismo nivel.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba una decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si usted envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, usted 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: _____ 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: _____

Fold Here

Fold Here

Request for Advance Payment to Prevent Eviction

Notice of Recoupment of Advance Payment

In order to receive an advance, you must agree to a recoupment of the advance from future public assistance payments. You do not have to agree to the amount of recoupment stated below to receive the advance. If you do not agree, the Department is required to send you a **Notice of Intent to Recoup Advance Payment** and you have the right to a conference and Fair Hearing. Even if you now agree to the amount of the recoupment, you may subsequently request a Fair Hearing. If you are receiving Family Assistance (FA) or Safety Net Assistance (SNA), we will recoup 10% of your household needs from each of your future benefits until the amount advanced is recouped. You have a right to ask your Worker for a determination of undue hardship which can reduce the amount recovered from each benefit. However, the least amount that can be recouped from each benefit is 5%.

Request for Advance

I am requesting an advance payment from my public assistance grant in the amount of \$ _____ to pay the back rent owed in order to prevent an eviction.

I have read the above "Notice of Recoupment of Advance Payment" and understand it.

Applicant/Participant 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, 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/address listed on the front of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

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

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision. If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

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

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

Solicitud de Pago para Prevenir Desahucio

Aviso de Recuperación de Adelanto de Pago

Si usted desea recibir un pago por adelantado, usted debe consentir a que se recupere la cantidad del adelanto de posteriores beneficios de asistencia pública. No es necesario que esté de acuerdo con la cantidad indicada más abajo para recibir el adelanto. Si no está de acuerdo, el Departamento tiene la obligación de enviarle un **Aviso de la Intención de Recuperar el Adelanto**, y usted tiene derecho a una Conferencia y a una Audiencia Imparcial. Aun si usted ahora consiente en la cantidad de la recuperación, puede solicitar posteriormente una Audiencia Imparcial. Si usted está recibiendo Asistencia Familiar (Family Assistance – FA) o Asistencia de Red de Seguridad (Safety Net Assistance – SNA), nosotros recuperaremos el 10% de sus necesidades domésticas de cada uno de sus beneficios posteriores hasta que recuperemos la cantidad del adelanto. Usted tiene el derecho de pedirle a su Trabajador una determinación de privación indebida, lo cual puede reducir la cantidad a ser recuperada de cada beneficio, no obstante, la cantidad mínima a ser recuperada de cada beneficio es de 5%.

Solicitud de Adelanto

Estoy solicitando un pago por adelantado de mi concesión de asistencia pública por la cantidad de \$ _____ para pagar el atraso de alquiler y prevenir un desahucio.

Confirmo que he leído y comprendo el "Aviso de Recuperación del Adelanto de Pago" indicado más arriba.

Firma del Participante/Solicitante

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

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 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 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

Mantenimiento de Sus Beneficios: Sus beneficios continuarán sin cambios, hasta que se emita una decisión de Audiencia Imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en el presente aviso.

Favor de recordar que si sólo solicita una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, dentro del límite de tiempo indicado en la sección: "Mantenimiento de Sus Beneficios", sus beneficios no continuarán sin cambios.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que devolver todo beneficio que haya recibido sin derecho a ello, mientras esperaba la decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para solicitar una Audiencia Imparcial o, si envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la audiencia sea emitida.

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

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: _____