



# 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 #05-07-OPE

### REVISION OF SELECTED MULTILINGUAL FORMS

<b>Date:</b> January 14, 2005	<b>Subtopic(s):</b> Forms
<input checked="" type="checkbox"/> This procedure can now be accessed on the FIAweb.	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff that the following forms have been revised to accommodate new format specifications required for all forms subject to multilingual translation:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Safety Net Assistance Application Interview (<b>M-687k</b>)</li><li>• Notice to Report Employment Information (<b>W-500M</b>)</li><li>• Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household (<b>W-500X</b>)</li><li>• Mandatory POISED Assessment Appointment (<b>W-500Y</b>)</li></ul> <p>Additional changes were made as follows:</p> <p><b>Form M-687k:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• The "MLF" designation was removed from the form header as the form is not Food Stamp related and is therefore not required to be translated into eight additional languages as required by the <u>Ramirez</u> lawsuit.</li><li>• The "Appointment Information" section no longer includes the day of the appointment.</li></ul> <p><b>Form W-500M</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• The "MLF" designation was removed from the form header as the form is not Food Stamp related and is therefore not required to be translated into eight additional languages as required by the <u>Ramirez</u> lawsuit.</li><li>• Grammatical edits have been made to the form.</li></ul>

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

**Form W-500X:**

- The "MLF" designation was removed from the form header as the form is not Food Stamp related and is therefore not required to be translated into eight additional languages as required by the Ramirez lawsuit.
- A line has been added for "Case Name" at the upper right hand corner of the form.
- The line for "Job Center" has been removed from the upper right hand corner as the Job Center's name and address must be printed in the upper left hand corner of the form.
- The "Action Code" line has been removed from the upper right hand corner of the form.

**Form W-500Y:**

- A space has been added for "Case Name" at the upper right hand corner of the form.
- The "Action Code" line has been removed from the upper right hand corner of the form.
- The age limit for children of mothers eligible for the Perfect Opportunity for Individual Skills and Educational Development (POISED) program has been changed to "under two years of age" from "three years of age."
- The "Appointment Information" section no longer includes the day of the appointment.

Center Directors must ensure that all previous versions of these forms are recycled.

*Effective Immediately*

**Attachments:**

<b>M-687k</b>	Safety Net Assistance Application Interview (Rev. 1/14/05)
<b>M-687k (S)</b>	Safety Net Assistance Application Interview (Spanish) (Rev. 1/14/05)
<b>W-500M</b>	Notice to Report Employment Information (Rev. 1/14/05)
<b>W-500M (S)</b>	Notice to Report Employment Information (Spanish) (Rev. 1/14/05)
<b>W-500X</b>	Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household (Rev. 1/14/05)
<b>W-500X (S)</b>	Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household (Rev. 1/14/05)
<b>W-500Y</b>	Mandatory POISED Assessment Appointment (Rev. 1/14/05)
<b>W-500Y (S)</b>	Mandatory POISED Assessment Appointment (Spanish) (Rev. 1/14/05)

Please use Print on Demand to obtain copies of forms.



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Safety Net Assistance Application Interview

The Welfare Reform Act of 1997 limits the amount of time an adult can receive Family Assistance (FA) to 60 months. Prior to the end of the 60 months, if the household is still in need of public assistance, the household must file an application for Safety Net Assistance (SNA).

This letter is to inform you that according to our records, your Family Assistance eligibility will end on: \_\_\_\_\_

To prevent an interruption in assistance, a Safety Net application must be filed prior to the expiration of your 60-month time limit. You and all adult case members (18 years of age or older), including all noncomplying case members (case members who refused to cooperate), must have a face-to-face interview to apply for public assistance in the Safety Net Assistance program.

#### Appointment Information

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Location: \_\_\_\_\_  
Location Name: \_\_\_\_\_  
Address Line 1: \_\_\_\_\_  
Address Line 2: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Travel Directions: \_\_\_\_\_

If you and all adult members of your case, including the noncomplying case members, cannot come to this appointment, you must call \_\_\_\_\_ before the appointment date so we can set up another appointment. Telephone Number: \_\_\_\_\_

This is a mandatory eligibility appointment. Failure to keep this appointment may result in the closing of your public assistance case.

Enclosure: Safety Net Assistance Application Supplement (M-687m)



Fecha \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Tipo de Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Entrevista de Solicitud para Asistencia Red de Seguridad (Safety Net Assistance)

La Ley de Reforma del Bienestar Público del 1997 limita la cantidad de tiempo que un adulto puede recibir Asistencia Familiar (Family Assistance – FA) hasta 60 meses. Previo al final de los 60 meses, si el hogar continua necesitando asistencia pública, el hogar tiene que presentar una solicitud para Asistencia Red de Seguridad (Safety Net Assistance – SNA).

Esta carta es para informarle que según nuestros archivos, su elegibilidad para Asistencia Familiar terminará el: \_\_\_\_\_

Para prevenir una interrupción en su asistencia, se necesita presentar una solicitud para asistencia Red de Seguridad antes del vencimiento del límite de tiempo de 60 meses. Usted y todos los miembros adultos del caso (de 18 años de edad o mayores), incluyendo a todos los miembros que no cumplen (miembros del caso que se rehusan a cooperar), deben tener una entrevista en persona para solicitar asistencia pública en el programa de Asistencia Red de Seguridad.

#### Información sobre la Cita

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Nombre del Local

Línea de Dirección 1

Línea de Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

Indicaciones de Viaje:

Si usted y todos los miembros adultos de su caso, incluidos los miembros del caso que no cumplen, no pueden venir a esta cita, usted deberá llamar al \_\_\_\_\_ antes de la fecha de cita para que podamos coordinar otra cita.  
Número de Teléfono.

Esta es una cita de elegibilidad obligatoria. El no cumplir con esta cita puede resultar en el cierre de su caso de asistencia pública.

Adjunto: Suplemento de la Solicitud para Asistencia Red de Seguridad (M-687m [S])



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Notice to Report Employment Information

Several weeks ago the agency received information that you may be employed. However, our current records do not show any employment income. If you are still employed, we require that you submit documentation, which may include the following forms of proof.

#### From Employer

- Pay stubs or pay envelopes covering the most recent four weeks
- Current letter from your employer on his/her official letterhead verifying the date you started working, hourly wage, number of hours per week and frequency of pay
- Recent business/tax records

#### From Self-Employment

- Records/materials related to current self-employment income
- Most recent income tax return

If you are no longer employed, we will need to interview you and assign you to work activities. If you want to provide documentation regarding your employment income, we must receive the documents either delivered in person or postmarked no later than \_\_\_\_\_, using the enclosed business-reply envelope. If we do not receive documents by this date, you must keep the mandatory engagement appointment below that has been scheduled for you.

If you are paying for a child care provider or need a provider during the hours that you are working, please complete the enclosed Child Care Provider Application and Voucher Form – Part I (W-273B) and submit it along with the required documents. If you need a child care provider in order to participate in an assigned work activity, bring the enclosed Child Care Provider Application and Voucher Form – Part I (W-273B) to the engagement appointment.

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

#### Location:

Location Name: \_\_\_\_\_  
Address Line 1: \_\_\_\_\_  
Address Line 2: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Travel Directions

---

This is a mandatory engagement appointment. Failure to comply and/or cooperate without good cause may result in adverse action being taken on your public assistance case.

Enclosure: Child Care Provider Application and Voucher Form – Part I (W-273B)  
Business-reply envelope

SAMPLE



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Tipo de Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Aviso de Presentar Información Respecto a Empleo

Hace varias semanas nuestra agencia recibió información de que usted tal vez tiene trabajo. Sin embargo, nuestros archivos actuales no contienen documentación respecto a sus ingresos de empleo. Si usted está trabajando en la actualidad, es necesario que presente documentación justificativa, que puede incluir lo siguiente:

#### Por Parte del Empleador

- Talones o sobres de paga que abarquen las últimas cuatro semanas.
- Carta reciente escrita en membrete de su empleador de parte del mismo que verifique la fecha en que usted comenzó a trabajar, sueldo por hora, número de horas a la semana y frecuencia de pagos
- Documentos recientes de impuestos/comerciales

#### De Empleo por Su Propia Cuenta

- Documentos/materiales relacionados con sus ingresos actuales de su empleo propio.
- Declaración de impuestos más reciente

En caso de que no esté trabajando, necesitaremos hacerle una entrevista y asignarle una actividad de trabajo. Si desea proporcionar documentación respecto a su ingreso de trabajo, nosotros hemos de recibir dicha documentación, ya sea en persona o por correo matasellado a más tardar el \_\_\_\_\_, en el sobre prepago con dirección del remitente. Si no recibimos la documentación para la fecha indicada, usted tendrá que cumplir la cita obligatoria de participación que ha sido programada para usted más abajo.

Si usted paga a un proveedor de cuidado infantil, o necesita un proveedor durante sus horas de trabajo, favor de llenar el adjunto Solicitud y Formulario de Comprobante para Proveedor de Cuidado Infantil – Parte I (W-273B [S]) y de presentarlo junto con los documentos solicitados. Si usted necesita un proveedor de cuidado infantil para poder participar en una actividad de trabajo asignada, traiga a la cita de participación el adjunto Solicitud y Formulario de Comprobante para Proveedor de Cuidado Infantil – Parte I (W-273B [S]).

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_  
Nombre del Local  
Línea de Dirección 1  
Línea de Dirección 2  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

**Esta cita de participación es obligatoria. El no cumplir y/o cooperar sin motivo justificado podría resultar en medidas adversas respecto a su caso de asistencia pública.**

**Adjunto:** Solicitud y Formulario de Comprobante para Proveedor de Cuidado para Niños – Parte I (W-273B [S])  
Sobre prepago con la dirección del remitente.

SAMPLE



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Number of Months  
on Assistance: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household

Our records indicate that your time limits for Cash Assistance will be expiring this year. Your Public Assistance cash benefits were reduced previously because you failed to comply with at least one of the requirements. We have scheduled an appointment with you to review how you have been managing on your reduced budget and discuss how you plan to manage your household expenses once your time-limited Cash Assistance expires.

#### Appointment Information

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

#### Location:

Location Name

Address Line 1

Address Line 2

City

State

Zip Code

#### Travel Directions:

If you have any questions or cannot keep this appointment, call the number above before the scheduled date and time.

If you are working, you must bring proof of your income when you come in. This documentation can be in the form of recent pay stubs or a letter from your employer. Other forms of proof can be submitted if these are not readily available.

If you pay for child care so you can work, have the enclosed Child Care Provider Application and Voucher Form – Part I (W-273B) completed by whoever cares for your children. This information will be used to determine your correct budget and your eligibility for assistance.

**This is a mandatory eligibility appointment. Failure to keep this appointment may result in loss of cash assistance.**

Enclosure: Child Care Provider Application and Voucher Form – Part I (W-273B)



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Tipo de Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Número de Meses  
en Asistencia: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cita para Familia Sancionada con Fin de Repasar Elegibilidad de Acuerdo a Límites de Tiempo

Nuestros archivos indican que su plazo para asistencia de dinero en efectivo se vencerá este año. Sus Beneficios de Asistencia Pública en efectivo se redujeron anteriormente debido a que no cumplió por lo menos con uno de los requisitos. Le hemos programado una cita para repasar como le esta ayudando su nuevo presupuesto reducido y platicar sobre como piensa manejar sus gastos de hogar cuando se haya vencido el plazo de su asistencia de dinero en efectivo.

#### Datos sobre la Cita

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_  
Nombre del Local: \_\_\_\_\_  
Línea de Dirección 1: \_\_\_\_\_  
Línea de Dirección 2: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

Si tiene cualquier pregunta o no puede acudir a esta cita, llame al número indicado más arriba antes de la fecha y hora programadas.

Si usted trabaja, debe traer pruebas de ingresos cuando venga a la cita. Esta documentación puede presentarse en forma de talones de pagos recientes o una carta de su empleador. Otras tipo de pruebas pueden ser presentadas si las ya mencionadas no estan fácilmente disponibles.

Si paga por cuidado infantil para poder trabajar, adjunte la Solicitud y Formulario de Comprobante para Proveedor de Cuidado para Niños – Parte I (W-273B [S]) llenado por el proveedor que cuida sus niños. Estos datos serán utilizados para determinar su presupuesto correcto y su elegibilidad para asistencia.

Esta es una cita obligatoria de elegibilidad. El no acudir a la cita puede resultar en la pérdida de su asistencia de dinero en efectivo.

Adjunto: Formulario de Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante – Parte I (W-273B [S])



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
ES code: \_\_\_\_\_  
Job Center: \_\_\_\_\_

### Mandatory POISED Assessment Appointment

Perfect Opportunity for Individual Skills and Educational Development (POISED) is a program for women who are pregnant or have a child under two years of age. POISED was created by the Human Resources Administration (HRA) and the City University of New York (CUNY) to address the special needs of pregnant women and mothers of young children.

POISED helps participants become self-supporting by offering:

- workshops in parenting
- classes in baby and child care
- individual and group counseling
- classes in computer skills
- reading, writing, math and English tutoring
- welfare-to-work assignments
- career planning
- job placement

FIA has scheduled an appointment with you to determine if POISED is the right program for you. A JOS/Worker will assess your work abilities, determine the appropriate program or activities, and discuss the impact of Welfare Reform on you and your family.

#### Appointment Information

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Location: \_\_\_\_\_  
Location Name: \_\_\_\_\_  
Address Line 1: \_\_\_\_\_  
Address Line 2: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Travel Directions: \_\_\_\_\_

If you have any questions, call \_\_\_\_\_  
(Telephone Number)

Please bring to your appointment this letter and the following:

- any documents that will help your JOS/Worker determine your ability to work, such as medical records
- (if you are working) proof of your earnings, such as pay stubs
- (if you are in school or a training program) proof of enrollment

Because space is limited, if possible, do not bring your children to this appointment.

**This is a mandatory engagement appointment. Failure to report and/or comply with this appointment may result in the reduction or termination of your public assistance. Failure to comply with public assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.**



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Tipo de Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Código de ES: \_\_\_\_\_  
Centro de Empleo: \_\_\_\_\_

### Cita Obligatoria de Evaluación de POISED

El programa POISED (Oportunidad Perfecta para Desarrollo Educativo y de Habilidades Particulares) es para mujeres embarazadas o que tengan niños menores de dos años de edad. La Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration - HRA) conjuntamente con la Universidad de la Ciudad de Nueva York (CUNY) desarrollaron POISED para atender a las necesidades específicas de mujeres embarazadas y de madres de niños menores.

POISED ayuda a los participantes a lograr la autosuficiencia por medio de:

- talleres sobre la crianza
- enseñanza de lectura, escritura, matemáticas e inglés
- clases sobre el cuidado de bebés y de niños
- asignaciones del bienestar público al trabajo (welfare-to-work)
- consejería en grupo o individual
- planificación de profesión
- clases de informática
- colocación de empleo

La FIA le ha programado una cita para determinar si POISED es el programa adecuado para usted. Un JOS/Trabajador evaluará su capacidad de trabajo y determinará si el programa o las actividades son adecuadas para usted al igual que platicará con usted sobre el impacto que tienen las Reformas al Sistema de Bienestar Público (Welfare Reform) sobre usted y su familia.

#### Datos sobre la Cita

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_  
Nombre del Local

Línea de Dirección 1 \_\_\_\_\_

Línea de Dirección 2 \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje: \_\_\_\_\_

Si tiene cualquier pregunta, llame al \_\_\_\_\_  
(Número de Teléfono)

Por favor traiga a la cita esta carta al igual que la siguiente documentación:

- cualquier documentación que ayude a su JOS/Trabajador a decidir su capacidad para trabajar, tal como comprobante médico
- (si está trabajando) pruebas de ingresos, tales como talones de paga
- (si asiste a una escuela o programa de capacitación) prueba de matriculación

Debido al espacio limitado, si es posible, favor de no traer sus niños a la cita.

Esta es una cita de participación obligatoria. El no presentarse ni cumplir con esta cita puede resultar en la reducción o terminación de su asistencia pública. El no cumplir con los requisitos de trabajo de asistencia pública no tiene efecto sobre su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.