



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 #05-40-OPE

REVISION OF SELECTED MULTILINGUAL FORMS

Date: February 25, 2005	Subtopic(s): Forms
<p><input checked="" type="checkbox"/> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff that the following forms have been revised to incorporate the new format specifications required for all forms subject to multilingual translation:</p> <ul style="list-style-type: none">• Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely) (M-858c)• Notification to Participant of New Worker (W-102)• Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need (W-145HH) <p>Additional changes were made as follows:</p> <p>Form M-858c:</p> <ul style="list-style-type: none">• The multilingual form designation "MLF" was removed from the form header.• The label "Notice Date" was changed to "Date."• The language providing the reason for the restriction of the home energy allowance was revised to remove the inappropriate use of rent allowance as a cause.• A blank line used for free response text was replaced by a text box.

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-102**:

- The form has been converted into separate English and Spanish versions (**W-102** and **W-102 [S]**) from its original bilingual format.
- The "LLF" designation was added to the form header to indicate that the form is available in six additional languages.

Form **W-145HH**:

- A blank line used for free response text was replaced by a text box.

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

Samples of the revised forms are attached.

Effective Immediately

Attachments:

☒ Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

- | | |
|--------------------|--|
| M-858c | Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely) (Rev. 2/25/05) |
| M-858c (S) | Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely) (Spanish) (Rev. 2/25/05) |
| W-102 | Notification to Participant of New Worker (Rev. 2/25/05) |
| W-102 (S) | Notification to Participant of New Worker (Spanish) (2/25/05) |
| W-145HH | Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need (Rev. 2/25/05) |
| W-145HH (S) | Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need (Spanish) (Rev. 2/25/05) |



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

Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely)

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 semimonthly grant, effective _____ (date)

We are taking this action because (select 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 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 as of the date indicated above, all future utility bills will be sent directly by _____ (utility company) to HRA 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 every person 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 THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION
SECTION 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. If you only ask for a conference, your benefits will not stay the same while you appeal. Your benefits will stay the same only if you ask for a State Fair Hearing. (See the Continuing Your Benefit[s] section.)

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:
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 page 1 of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Continuing Your Benefit(s): Your benefit(s) 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.

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:

SAMPLE

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Unidad del Caso: _____
Teléfono de FH&C: _____

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

Número de Cuenta de Electricidad y/o Gas:	Cantidad a ser Deducida:	Concesión PA sin la Dedución:	Concesión PA con la Dedución:
	\$ _____	\$ _____	\$ _____

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

Estamos tomando esta medida porque (seleccione una casilla):

Después de revisar su explicación respecto a su falta de pago de sus facturas de electricidad y/o gas el/los mes(es) de:

Hemos determinado que usted reprobó la prueba de administración. Además, usted no demostró haber utilizado adecuadamente la concesión para energía en el hogar en una situación de 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 más arriba, _____ le enviará todas sus siguientes facturas de electricidad y/o gas directamente a la HRA. Usted no tendrá que pagar facturas de electricidad y/o gas a esta compañía hasta nuevo aviso.

La cantidad restringida de su asignación para Energía en el hogar será calculada de acuerdo a su consumo promedio mensual, como lo determine la compañía de electricidad y/o gas. De ninguna manera la cantidad restringida excederá el total de la asignación para electricidad y/o gas en el hogar que le corresponde. Periódicamente, se ajustará la cantidad requerida para cubrir las facturas de electricidad y/o gas. Si deducimos demasiado, reduciremos la cantidad restringida y le devolveremos el remanente. Si deducimos muy poco, aumentaremos la cantidad restringida y recuperamos el remanente que le abonamos a su cuenta con la compañía de electricidad y/o gas. 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 SECCIÓN DE CONFERENCIA Y AUDIENCIA IMPARCIAL 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. Si sólo solicita una conferencia, sus beneficios no se mantendrán sin cambios durante su apelación. Para mantener sus beneficios sin cambios debe solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. (Refiérase a la sección Mantenimiento de Su[s] Beneficio[s].)

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 la 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, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (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 informará 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 gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de obogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).



Case Number: _____

Case Name: _____

New Caseload: _____

Notification to Participant of New Worker

Dear Participant:

As part of our ongoing efforts to improve the quality of services we provide, we are writing to advise you that effective _____, a new Worker has been assigned to handle your case.

Your new Worker's name is: _____

Your new Worker's telephone number is: _____

If you have any questions or problems, please call your Worker before coming to the Center. Your Worker may be able to address your concerns without seeing you in person.

SAMPLE

Worker Signature: _____

Date: _____



Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Nueva Carga de
Casos: _____

Aviso al Participante Respecto a Nuevo Trabajador

Estimado(a) Participante:

Como parte de nuestros esfuerzos continuos para mejorar la calidad de los servicios que proveemos, le estamos escribiendo para informarle que a partir del _____, un nuevo Trabajador ha sido asignado para manejar su caso.

El nombre de su nuevo Trabajador es: _____

El número telefónico de su nuevo Trabajador es: _____

Si tiene alguna pregunta o un problema, favor de llamar a su Trabajador antes de venir al Centro. Su Trabajador quizás pueda encargarse de sus inquietudes sin tener que verlo en persona.

Firma del Trabajador: _____

Fecha: _____

SAMPLE



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Caseload: _____
Worker Name: _____
Worker Phone: _____
FH&C Phone: _____

Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need

The Agency's decision(s) regarding your application(s) is/are explained below next to the marked box(es) .

Immediate Needs

This notice applies only to your request for assistance to meet an immediate need. If you have also applied for ongoing public assistance, this notice does not affect your application for ongoing public assistance. You will also receive a notice advising you of this Agency's decision on your application for ongoing public assistance when your eligibility has been determined.

If your application for ongoing public assistance is denied for failure to comply with eligibility requirements, a second request for an immediate need/emergency grant within three months of the original application denial may also be denied unless you can document good cause for your original failure to comply.

On _____, you requested assistance to meet an immediate need of:

We are giving you this notice to tell you that your request for an immediate need grant was evaluated and the following decision was made:

- An emergency preinvestigation grant in the amount of \$ _____ will be available to you on _____ (date).
- Assistance to meet an immediate need is denied because:
- when you applied for public assistance on _____ (date) (within the last three months), you were issued:
 - immediate need grant(s)
 - health and safety kit(s)
- and subsequently failed to comply with the eligibility requirements without good cause.
- other: _____

The law(s) and/or regulation(s) which allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 351.1, § 351.8 and § 352.7.

Medical Assistance

- If you need help with your medical bills, you must apply separately for medical assistance. If you want more information about eligibility for medical assistance, call the Worker's telephone number listed above.
- Your medical assistance stays the same.
- Your application for medical assistance is being reviewed. We will send you our decision within 30 days.

JOS/Worker Signature

Date

Supervisor Signature

Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION SECTION
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:
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 **page 1** of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

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

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

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:

SAMPLE

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Trabajador: _____
Tel. del Trabajador: _____
Teléfono de FH&C: _____

Aviso de Decisión sobre la Asistencia para Cubrir una Necesidad Inmediata

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

Necesidades Inmediatas

Este aviso corresponde solamente a su solicitud de asistencia para cubrir una necesidad inmediata. Si usted también ha solicitado asistencia pública continua, este aviso no afecta a su solicitud de dicha asistencia. Usted también recibirá un aviso notificándole de la decisión de esta Agencia sobre su solicitud de asistencia pública continua cuando se haya determinado su elegibilidad.

Si su solicitud de asistencia pública actual es rechazada debido a incumplimiento de requisitos de elegibilidad, puede que también se rechaze una segunda solicitud para recibir una concesión de emergencia/necesidad inmediata si la misma es presentada menos de tres meses después de haber sido rechazada la primera solicitud, al menos que muestre pruebas válidas que justifiquen su incumplimiento respecto a los requisitos de la primera solicitud.

El _____, usted solicitó asistencia para cubrir una necesidad inmediata de:

Por medio del presente aviso le informamos de que hemos evaluado su solicitud respecto a una concesión para cubrir necesidades inmediatas. La decisión aparece a continuación:

- Una concesión de emergencia/preinvestigación por la cantidad de \$ _____ a su disposición el _____ (fecha).
- Asistencia para cubrir una necesidad inmediata es rechazada debido a que:
- cuando usted solicitó asistencia pública el _____ (fecha) (dentro de los últimos tres meses), se le otorgó:
 - concesión(es) para necesidades inmediatas
 - botiquín(es) de salud y seguridad
 - y usted posteriormente no cumplió con los requisitos de elegibilidad sin motivo justificado.
 - otro: _____

La(s) ley(es) y/o regulación(es) que nos permite(n) obrar de tal forma es(son) 18 NYCRR § 351.1, § 351.8 y § 352.7.

Asistencia Médica

- Si usted necesita ayuda para pagar sus facturas médicas, tiene que solicitar asistencia médica por separado. Si desea más información sobre elegibilidad para asistencia médica, llame al número de teléfono de su Trabajador más arriba.
- Su asistencia médica permanecerá sin cambios.
- Se está evaluando su solicitud de asistencia médica. Le enviaremos nuestra decisión dentro de 30 días.

Firma del JOS/Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
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 la 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, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (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/oaah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informará 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 ayudarlo 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 gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad 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 (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarlo 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 que usted considere necesarios para 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 pedir las con anticipación. Generalmente, éstas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pida. 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.

