



**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 #05-46-ELI**

**IMPLEMENTATION OF STANDARDIZED FOOD STAMPS BENEFITS  
FOR GROUP HOME RESIDENTS**

<p><b>Date:</b> March 3, 2005</p>	<p><b>Subtopic(s):</b> Food Stamps</p>																			
<p><input type="checkbox"/> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to provide Workers with information regarding a change in the way Food Stamp (FS) benefit amounts are determined for residents in group homes.</p> <p>In the past, New York State's group home benefit determination process involved very complex budgeting formulas that required an inordinate amount of staff time and resources at the State, local and provider levels.</p> <p>As a way to alleviate this problem, the State recently secured federal approval to implement a standardized FS benefit for Food Stamp Group Home Program (FSGHP) residents.</p> <p>Under FSGHP, residents, who are generally one person-households, will now receive a standard benefit which the State has calculated based on statewide past participation records:</p>																			
<p>Public Assistance (PA) is also known as Temporary Assistance (TA)</p>	<p style="text-align: center;"><b>FS Benefit Amounts for Group Home Residents</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3" style="text-align: center;">Income Source</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">PA</th> <th style="text-align: center;">SSI/SSA</th> <th style="text-align: center;">Other (No PA, No SSI/SSA)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><b>County</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NYC, Nassau, Rockland, Suffolk, Westchester</td> <td style="text-align: center;">\$82</td> <td style="text-align: center;">\$32</td> <td style="text-align: center;">\$50</td> </tr> <tr> <td>All Other Counties (Rest of State)</td> <td style="text-align: center;">\$96</td> <td style="text-align: center;">\$30</td> <td style="text-align: center;">\$137</td> </tr> </tbody> </table>		Income Source			PA	SSI/SSA	Other (No PA, No SSI/SSA)	<b>County</b>				NYC, Nassau, Rockland, Suffolk, Westchester	\$82	\$32	\$50	All Other Counties (Rest of State)	\$96	\$30	\$137
	Income Source																			
	PA	SSI/SSA	Other (No PA, No SSI/SSA)																	
<b>County</b>																				
NYC, Nassau, Rockland, Suffolk, Westchester	\$82	\$32	\$50																	
All Other Counties (Rest of State)	\$96	\$30	\$137																	

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*

In the rare instances where a multi-person household that is eligible for FS benefits is residing in a group home program, the household will receive a FS benefit amount equal to the number of household members, multiplied by the appropriate standardized FS benefit for one person. The total FS benefit amount for the multi-person household should not exceed the maximum monthly benefit for that household size.

For example, a woman in New York City is admitted to a residential treatment center (RTC) with a minor child. Her sole source of income is PA (for herself and the child). If the woman is otherwise eligible, the family will receive a monthly FS benefit in the amount of \$164.00 (\$82.00 x 2).

Residents in the below-listed shelter type codes will be affected by this change:

- 15 Congregate Care Level I – NYC, Nassau, Suffolk and Westchester
- 16 Congregate Care Level II – State Certified – NYC, Nassau, Suffolk and Westchester
- 17 Congregate Care Level II – “Apartment Like” (OMH/OMRDD Supportive/Supervised Apartments; DSS Enriched Housing)
- 27 Residential Treatment Facility – Non Level II
- 28 Congregate Care Level I – Rest of State
- 29 Congregate Care Level II – State Certified – Rest of State
- 31 Residential Treatment Center – Level II Facility – NYC, Nassau, Suffolk and Westchester
- 32 Residential Treatment Center – Level II Facility – Rest of State

Homeless and domestic violence shelter residents are not included in this project.

This change is fully supported by the current Welfare Management System (WMS) shelter and income source codes and is effective March 2005. When one of the above shelter type codes is entered in WMS, the appropriate FS benefit amount will be generated.

A mass rebudgeting of all active cases with the above shelter type codes took place the weekend of February 13, 2005. NYS Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) sent Notices of Intent to Change Food Stamp Benefits to affected households to explain the change (see **Attachment A** and **Attachment A (S)**)

**Attachments:**

**Attachment A**  
**Attachment A (S)**

New York City Group Home Mass Notice  
New York City Group Home Mass Notice  
(Spanish)

NOTICE OF INTENT TO CHANGE FOOD STAMP BENEFITS  
FEBRUARY '05 NYC

Case Number:  
Loc. Off./Unit/Worker:

General Telephone No. for  
Questions or Help:

Dear Food Stamp Benefits Recipient:

You have been included in the New York State Group Home Standardized Benefit Project (GHSB). The GHSB is a demonstration project that has been developed for food stamp benefits recipients who live in group homes.

The amount of food stamp benefits you will get is based on the type of income you receive. The income you receive, including Temporary Assistance (TA) and/or Social Security (SSA or SSI) income, will be used to calculate your monthly food stamp benefit.

Beginning (DATE), your monthly food stamp benefit will be changed to a Group Home Standard Benefit of:

- \$82, if you have any income from Temporary Assistance.
- \$32, if you have income from a Social Security Program (SSA or SSI) but no income from TA.
- \$50, if you do not have either TA or SSI/SSA income.

It still will be important to report certain changes in your household circumstances to your food stamp benefits worker. You, or your authorized representative, should tell your food stamp benefits worker if you move, particularly if you move out of a group home. You should also tell your food stamp benefits worker if you start receiving or are no longer receiving one of the income types mentioned above. Reporting such changes could result in an increase in the amount of your monthly food stamp benefit and will also ensure that you will receive important notices regarding your food stamp benefits case.

If you are receiving food stamp benefits in a group home, you **must** participate in the GHSB project.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 387.10, 387.12, 387.15 and waivers to the federal regulations at 7 CFR 273.1(e)(f) and 7 CFR 273.2(j).

## YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION. READ BELOW ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

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

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

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

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

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

2. **STATE FAIR HEARING** – You have **90 days** from the date of this notice to ask for a fair hearing:

**KEEPING YOUR BENEFITS THE SAME:** We will not change your Food Stamp Benefits if you ask for a fair hearing before the effective date stated in this notice. However, if you lose the fair hearing, you will have to pay back any Food Stamp Benefits you got, but should not have gotten, 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 Food Stamp Benefits the same until the Fair Hearing decision is issued.

If at the hearing, the hearing officer determines that you are not complaining about an incorrect computation of your benefits or that there has been a misapplication or misinterpretation of Federal Law or regulations, the hearing officer may determine that you were not entitled to have your Food Stamp benefits continue unchanged until the fair hearing decision is issued, and order that the reduction take effect immediately.

**HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING:** You can ask for a fair hearing by **mail**, by **phone**, by **fax**, by **walk-in** or **online**.

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

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

**Phone:** 800-342-3333. PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL.

**Fax:** Fax a copy of the front and reverse sides of this notice to (718) 722-5018.

**Walk-in:** Bring a copy of this notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 150 South Street, Brooklyn or 330 West 34<sup>th</sup> Street, NYC.

**Online:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/eah/forms.asp>.

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

**WHAT TO EXPECT AT A FAIR HEARING:** The State will send you a notice that tells you when and where the fair hearing will be held.

At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

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

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

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

**LEGAL ASSISTANCE:** If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. For the names of other lawyers, check your Yellow Pages under "Lawyers".

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case file. If you call, write or fax to 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 to us, we will send you free copies of other 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, or fax (718) 722-5018 or write to HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three (3) working days of when you ask for them. If you make your request less than five (5) working days before your hearing, your 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 us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

**PREAVISO DE CAMBIOS EN LOS CUPONES PARA ALIMENTOS  
FEBRERO DE 2005, NYC**

Número de caso:  
Oficina Local/Unidad/Empleado:

Número general de teléfono para  
preguntas o ayuda:

Estimado(a) Beneficiario(a) del Programa de Cupones para Alimentos:

Usted ha sido incluido(a) en el Proyecto de Beneficios Estandarizados para Hogares Colectivos del Estado de Nueva York (GHSB, siglas en inglés). El GHSB es un proyecto modelo desarrollado para las personas que reciben cupones para alimentos y viven en hogares colectivos.

El monto de cupones para alimentos que usted reciba, dependerá del tipo de ingresos que usted tenga. Sus ingresos, incluyendo **Asistencia Temporal (TA)** y/o del **Seguro Social (SSA o SSI)**, serán usados para calcular su monto mensual de cupones para alimentos.

A partir de (DATE), su beneficio mensual de cupones para alimentos pasará a ser un Beneficio Estandarizado para Hogares Colectivos, con el monto de:

- \$82, si usted recibe de algún ingreso de Asistencia Temporal.
- \$32, si usted recibe ingresos de algún Programa del Seguro Social (SSA o SSI), pero no recibe ingresos de TA.
- \$50, si usted no recibe ingresos de TA ni de SSI/SSA.

Seguirá siendo importante que usted notifique ciertos cambios ocurridos en su hogar a la persona a cargo de su caso de cupones para alimentos. Usted, o su representante autorizado, debe informar a la persona a cargo de su caso de cupones para alimentos si se muda, en especial si se muda de un hogar colectivo. Si usted comienza a recibir, o deja de recibir, alguno de los tipos de ingresos mencionados anteriormente, también debe notificárselo a la persona encargada de su caso de cupones para alimentos. La notificación de tales cambios podría resultar en un aumento de su monto mensual de cupones para alimentos y también garantizará que reciba avisos importantes sobre su caso de cupones para alimentos.

Si usted vive en un hogar colectivo y recibe cupones para alimentos, **debe** participar en el proyecto GHSB.

Esta decisión se basa en la Reglamentación 18 NYCRR 387.10, 387.12, 387.15 y las exenciones de la reglamentación federal en 7 CFR 273.1(e)(f) y 7 CFR 273.2(j).



USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN. LEA A CONTINUACIÓN SOBRE EL PROCESO DE APELACIÓN.

**CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES, ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?**

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

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

1. **CONFERENCIA** (reunión informal con nosotros) - Si usted cree que nuestra determinación fue incorrecta o si no entiende lo que hemos resuelto, sírvase llamar para concertar una reunión. Llame al número para conferencias que aparece en el **anverso** de este aviso o escribanos a la dirección que aparece en esa misma página. En algunos casos, ésta es la forma más rápida de resolver problemas. Le recomendamos hacerlo aunque haya solicitado una audiencia imparcial.

Si **voluntariamente** solicita una reunión con nosotros, no mantendremos sus beneficios sin cambios mientras dure el proceso de apelación. Sus beneficios se mantendrán sin cambios solamente si usted solicita una audiencia imparcial Estatal. (Vea abajo la sección titulada «Mantener sus Beneficios sin Cambios».)

2. **AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL** - Usted tiene 90 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una audiencia imparcial.

**MANTENER SUS BENEFICIOS SIN CAMBIOS:** No modificaremos sus beneficios de cupones para alimentos si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha vigencia que figura en esta notificación. Sin embargo, si la audiencia imparcial no se decide a su favor, tendrá que devolver todos los beneficios recibidos, y que no debería haber recibido, mientras esperaba por la decisión de la audiencia.

Si usted no quiere que sus beneficios continúen sin cambios hasta que se tome la decisión, deberá informárselo al Estado cuando llame para solicitar la audiencia imparcial o si usted devuelve este aviso, marque la casilla a continuación:

1. No desea que mis beneficios de cupones para alimentos continúen sin cambios hasta que se tome la decisión de la audiencia imparcial.

Si durante la audiencia, el oficial a cargo, determina que su queja no tiene que ver con un cálculo incorrecto de sus beneficios o si determina que la ley federal o reglamento se interpretó o se aplicó de la manera indebida, el oficial puede dictaminar que usted no tenía derecho a que continúen sus beneficios sin cambios en espera de la decisión de la audiencia imparcial, y como resultado ordenar que la reducción entre en vigor inmediatamente.

**CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL.** Puede solicitar una audiencia imparcial **por correo, por teléfono, por fax, en persona o por internet.**

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

- Deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la decisión de la agencia. (Puede explicar a continuación por qué no está de acuerdo, aunque no tiene que incluir una explicación por separado.)

**Por teléfono:** 800-742-3334 (TOLQUE) (OR) (MA) (ES) (E) (S) (C) (U) (J) (A) (N) (O) (L) (L) (A) (M) (E)

**Por fax:** Envíe por fax una copia rellena y reversa de este aviso a: (516) 473-7335

**En persona:** Traiga una copia rellena de las partes de este aviso a: New York State Office of Temporary and Disability Assistance, 14 Boorum Place, Brooklyn o al 330 West 34<sup>th</sup> Street, NYC.

**Por internet:** Rellene una petición electrónica en el siguiente sitio: <http://www.otda.state.ny.us/eah/forms.asp>

Si no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por facsimil, en persona o por vía electrónica, favor de solicitar por escrito una audiencia imparcial antes del vencimiento del plazo.

**LO QUE SUCEDE EN UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:** El Estado le enviará un aviso informándole cuándo y dónde se realizará la audiencia imparcial.

En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué cree que nuestra decisión es incorrecta. Puede traer consigo a un abogado, a un familiar o a un(a) amigo(a), o a alguien más que pueda ayudarle a exponer su caso. Si no puede presentarse, puede enviar a otra persona en su representación. Si en su representación manda a una persona que no es abogado, dicha persona debe presentar una carta dirigida al funcionario a cargo de la audiencia en la que usted declara que desea que dicha persona lo represente en la audiencia.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante, tendrán oportunidad de explicar el porqué de nuestra equivocación, como también la oportunidad de presentar, ante el funcionario de audiencias, documentos que demuestren nuestra equivocación.

Con el fin de ayudarle a exponer el motivo de nuestra equivocación, le sugerimos presentar testigos que puedan avalar su caso. También, le sugerimos presentar documentos tales como: talones de cheque de pago, contratos de arrendamiento, recibos, facturas y estados de cuenta por gastos médicos.

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

**ASISTENCIA LEGAL:** Si cree que necesita representación legal en la resolución del presente problema, puede obtener los servicios de un abogado, sin costo alguno, comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (*Legal Aid Society*) u otra asociación de defensa legal de su localidad. Puede encontrar los nombres de otros abogados en la páginas amarillas, bajo "Abogados" ("Lawyers").

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** En preparación para la audiencia, tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama, nos escribe o nos envía un fax, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos contenidos en su archivo, los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe o manda un fax, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación a la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llámenos al (718) 722-5012 o al número de fax (718) 722-5015 o mande una carta a: HRA Division of Fair Hearing, 14 Boorum Place, Brooklyn, New York 11201.

Si desea copias de documentos que figuren en su archivo, solicítelas con anticipación. Normalmente se le envían dentro de tres (3) días hábiles de la fecha de petición. Si solicita las copias faltando menos de cinco (5) días hábiles de la fecha fijada para la audiencia, los documentos se le entregarán el día de la audiencia.

**INFORMACIÓN:** Si desea información adicional sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarlos al número de teléfono señalado en el **anverso** de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.