



# 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 #05-69-OPE

### REVISED MAILING PROCESS FOR SELECTED BATCH NOTICES

<b>Date:</b> May 12, 2005	<b>Subtopic(s):</b> Forms
<p>☞ This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center staff of a dual mailing that will be done for certain batch-mailed appointment notices.</p> <p>Certain mailings require the inclusion of the appointment notice and several forms pertaining to child care. Because all of the forms cannot fit into one envelope, a dual mail process has been developed.</p> <p>Participants will now receive two envelopes pertaining to the same appointment.</p> <p>One envelope will contain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• the appointment notice;</li> <li>• Important Information about Child Care (<b>LDSS-4647</b>); and</li> <li>• Proof of ID for Your Child Care Provider or “Babysitter” (<b>W-574FF</b>).</li> </ul> <p>The other envelope will contain an insert, which restates the appointment information and instructs the participant to call the telephone number on the appointment notice if he/she cannot keep the appointment or fails to receive the other mailing. It will also contain the Child Care Provider Application and Voucher Form (<b>W-273B</b>).</p> <p>For example, if the Notice to Report Employment Information (<b>W-500M</b>) is included in one envelope, the Notice to Report Employment Information (Insert) (<b>W-500M [Insert]</b>) will be in the second envelope.</p>

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*

If the participant calls and states that he/she can keep the appointment but did not receive one of the mailings, appropriate Staff should instruct the participant to keep the appointment and that the missing form(s) will be provided at the interview. The Worker should insure that the participant receives the forms at the interview.

In addition, the following forms have been revised and associated inserts have been developed for each form to accommodate this new process.


Revised appointment notices are:

- Notice to Report Employment Information (**W-500M**)
- Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household (**W-500X**)
- Mandatory Appointment for Evaluation of Work Activity (**W-584K**)
- Reevaluation of Employability Status Appointment (**W-584M**)

New forms (inserts) are:

- Notice to Report Employment Information (Insert) (**W-500M [Insert]**)
- Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household (Insert) (**W-500X [Insert]**)
- Mandatory Appointment for Evaluation of Work Activity (Insert) (**W-584K [Insert]**)
- Reevaluation of Employability Status Appointment (Insert) (**W-584M [Insert]**)

*Effective immediately*

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

#### **Attachments:**

<b>W-500M</b>	Notice to Report Employment Information (Rev. 5/12/05)
<b>W-500M (S)</b>	Notice to Report Employment Information (Spanish) (Rev. 5/12/05)
<b>W-500M (Insert)</b>	Notice to Report Employment Information (Insert) (5/12/05)
<b>W-500M (S) (Insert)</b>	Notice to Report Employment Information (Spanish) (Insert) (5/12/05)
<b>W-500X</b>	Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household (Rev. 5/12/05)
<b>W-500X (S)</b>	Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household (Spanish) (Rev. 5/12/05)

<b>W-500X (Insert)</b>	Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household (Insert) (5/12/05)
<b>W-500X (S) (Insert)</b>	Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household (Spanish) (Insert) (5/12/05)
<b>W-584K</b>	Mandatory Appointment for Evaluation of Work Activity (Rev. 5/12/05)
<b>W-584K (S)</b>	Mandatory Appointment for Evaluation of Work Activity (Spanish) (Rev. 5/12/05)
<b>W-584K (Insert)</b>	Mandatory Appointment for Evaluation of Work Activity (Insert) (5/12/05)
<b>W-584K (S) (Insert)</b>	Mandatory Appointment for Evaluation of Work Activity (Spanish) (Insert) (5/12/05)
<b>W-584M</b>	Reevaluation of Employability Status Appointment (Rev. 5/12/05)
<b>W-584M (S)</b>	Reevaluation of Employability Status Appointment (Spanish) (Rev. 5/12/05)
<b>W-584M (Insert)</b>	Reevaluation of Employability Status Appointment (Insert) (5/12/05)
<b>W-584M (S) (Insert)</b>	Reevaluation of Employability Status Appointment (Spanish) (Insert) (5/12/05)



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

**SAMPLE**

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 (see 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 have your provider complete the Child Care Provider Application and Voucher Form (**W-273B**), **which is being sent to you in a separate envelope**, and submit it along with the other required documents or bring it to the appointment.

If the provider you have chosen is unlicensed, we will require proof of his/her address. Please refer to the Important Information about Child Care form (**LDSS-4647**) and the Proof of ID for Your Child Care Provider or "Babysitter" (**W-574FF**), which are enclosed. These forms should be submitted with the other documents or brought to the appointment. If you need a child care provider in order to participate in an assigned work activity, FIA can assist you.

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Location Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**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.**

Travel Directions:

**Enclosures:** Important Information about Child Care (**LDSS-4647**)  
Proof of ID for Your Child Care Provider or "Babysitter" (**W-574FF**)  
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 probablemente tenga 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 pruebas al respecto, 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 con sello postal marcado a más tardar el \_\_\_\_\_, en el sobre prepagado con dirección del remitente. Si no recibimos la documentación para la fecha indicada, usted tendrá que cumplir la cita obligatoria de participación (vea más abajo) que ha sido programada para usted.

Si usted paga a un proveedor de cuidado infantil o necesita de sus servicios durante horas de trabajo, por favor pídale a su proveedor que llene el Formulario de Solicitud y Formulario de Comprobante para Proveedor de Cuidado Infantil (**W-273B [S]**), el cual ha sido enviado a usted en un sobre por separado. Traiga a su cita el formulario lleno junto a los demás documentos requeridos.

Si el proveedor de cuidado infantil que usted ha elegido carece de licencia profesional, necesitaremos comprobante de la dirección del mismo. Vea los formularios adjuntos: Información Importante acerca del Cuidado Infantil (**LDSS-4647-S**) y Prueba de Identificación de su Proveedor de Cuidado Infantil o "Niñera" (**W-574FF [S]**). Estos formularios tienen que ser entregados con los demás documentos o debe traerlos a su cita. Si usted necesita a un proveedor de cuidado infantil para participar en la actividad de trabajo asignada, la FIA le puede asistir.

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

**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.**

Indicaciones de Viaje:

**Adjuntos:** Información Importante acerca del Cuidado Infantil (**LDSS-4647-S**)  
Prueba de Identificación de su Proveedor de Cuidado Infantil o "Niñera" (**W-574FF [S]**)  
Sobre con dirección de remitente

**SAMPLE**



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

**This is the second of two envelopes being sent to you today about your Public Assistance and/or Food Stamp benefits. It contains the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B).**

You should have received the first envelope containing the date and time of an appointment scheduled for you, along with other important information.

Your appointment is scheduled for:

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Location Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

If you have a child care provider, have him/her complete the Child Care Provider Application and Voucher Form (**W-273B**), and bring it with you to your appointment.

**If you did NOT receive the appointment letter, or if you cannot keep the appointment, call us immediately at the telephone number shown above.**

**Enclosure:** Child Care Provider Application and Voucher Form (**W-273B**)





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

**Este es el segundo de dos sobres que se les han enviado hoy acerca de sus Beneficios de Asistencia Pública y/o Cupones para Alimentos. Dicho sobre contiene el Formulario de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]).**

Usted debió ya haber recibido el primer sobre con la hora y fecha de su cita, junto a otros datos de importancia.

Su cita está programada para:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Location Name: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Si tiene un proveedor de cuidado infantil, entréguele la Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]) para que dicho proveedor la llene y usted la traiga a su cita.

**Si NO recibe el aviso de cita o si no puede acudir a ella, llámenos inmediatamente al número de teléfono que aparece arriba.**

**Adjunto:** Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S])



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 Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_



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

Travel Directions:

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

To participate in a work activity, if you have children under the age of 13, you may need to make child care arrangements. If you have a child care provider, have him/her complete the Child Care Provider Application and Voucher Form (**W-273B**), **which is being sent to you in a separate envelope**, and bring it with you to your appointment.

If the provider you have chosen is unlicensed, we will require proof of his/her address. Please refer to the Important Information about Child Care form (**LDSS-4647**) and the Proof of ID for Your Child Care Provider or "Babysitter" (**W-574FF**), which are enclosed. If you need help in locating child care, FIA can assist you.

**Enclosures:** Important Information about Child Care (**LDSS-4647**)  
Proof of ID for Your Child Care Provider or "Babysitter" (**W-574FF**)

# SAMPLE



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.

#### Información sobre la Cita

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del Local: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

**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.** 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, tiene que 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. Otro tipo de pruebas pueden ser presentadas si las ya mencionadas no estan fácilmente disponibles.

Si usted tiene niños menores de 13 años de edad, puede que necesite hacer arreglos de cuidado infantil para poder participar en una actividad de trabajo. Si tiene proveedor de cuidado infantil, el mismo debe llenar el Formulario de Solicitud del Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]), que se le ha enviado en un sobre por separado, para usted traerlo a su cita.

Si el proveedor que escogió carece de licencia profesional, necesitaremos comprobante de la dirección del proveedor. Para dicho propósito refiérase a los formularios: Información Acerca del Cuidado de Niños (LDSS-4647-S) y Prueba de Identificación de su Proveedor de Cuidado Infantil o "Niñera" (W-574FF [S]), adjuntos. Si necesita ayuda para encontrar cuidado infantil, la FIA puede ayudarle.

**Adjuntos:** Información Importante acerca del Cuidado de Niños (LDSS-4647-S)  
Prueba de Identificación de su Proveedor de Cuidado Infantil o "Niñera" (W-574FF [S])

**SAMPLE**



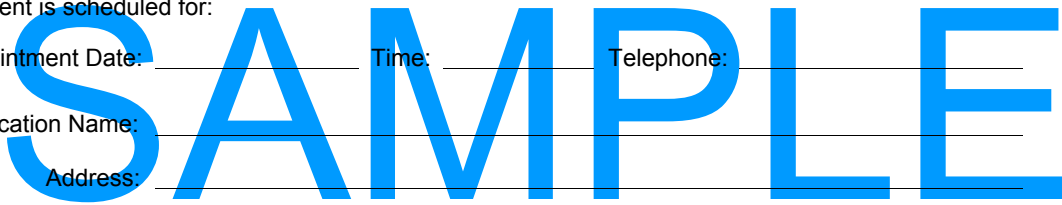
Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Number of Months  
on Assistance: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

**This is the second of two envelopes being sent to you today about your Public Assistance and/or Food Stamp benefits. It contains the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B).**

You should have received the first envelope containing the date and time of an appointment scheduled for you, along with other important information.

Your appointment is scheduled for:

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Location Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_



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

If you have a child care provider, have him/her complete the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B) and bring it with you to your appointment.

**If you did NOT receive the appointment letter, or if you cannot keep the appointment, call us immediately at the telephone number shown above.**

**Enclosure:** Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B)



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

**Este es el segundo de dos sobres que se les han enviado hoy acerca de sus Beneficios de Asistencia Pública y/o Cupones para Alimentos. Dicho sobre contiene el Formulario de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]).**

Usted debió ya haber recibido el primer sobre con la hora y fecha de su cita, junto a otros datos de importancia.

Su cita está programada para:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Location Name: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Esta cita es obligatoria. El no acudir a ella puede resultar en la pérdida de beneficios.**

Si tiene un proveedor de cuidado infantil, entréguele la Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]) para que dicho proveedor la llene y usted la traiga a su cita.

**Si NO recibe el aviso de cita o si no puede acudir a ella, llámenos inmediatamente al número de teléfono que aparece arriba.**

**Adjunto:** Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S])



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

### Mandatory Appointment for Evaluation of Work Activity

As a person required to participate in work activities, you must participate in HRA-approved work activities for up to 35 hours per week. A mandatory appointment to review your work activity has been scheduled as indicated below.

Please bring any documentation you feel would help us review your current work activities. If you are now working, you must bring proof of your earnings and work hours such as pay stubs or a letter from an employer to this appointment. If you are enrolled in a school or training program you must bring proof of enrollment signed by the school registrar with the school's official seal.

Your appointment is scheduled for:

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

Location Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

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

Travel Directions:

If you have any questions or are unable to keep this appointment, please call the telephone number above. You must contact us prior to your reporting time to arrange a new appointment.

**This is a mandatory engagement appointment. Failure to keep this appointment or cooperate may result in the reduction or loss of your public assistance.**

If you are a single parent or caretaker relative, you may have the opportunity to participate in a range of work activities including work experience, job search and education or training programs. This assessment will help us assign you to a work activity or program that would best assist you in moving from welfare to work.



To participate in a work activity, if you have children under the age of 13, you may need to make child care arrangements. If you have a child care provider, have him/her complete the Child Care Provider Application and Voucher Form (**W-273B**), **which is being sent to you in a separate envelope**, and bring it with you to your appointment.

If the provider you have chosen is unlicensed, we will require proof of his/her address. Please refer to the Important Information about Child Care form (**LDSS-4647**) and the Proof of ID for Your Child Care Provider or "Babysitter" (**W-574FF**), which are enclosed. If you need help in locating child care, FIA can assist you.

**Enclosures:** Important Information about Child Care (**LDSS-4647**)  
Proof of ID for your Child Care Provider or "Babysitter" (**W-574FF**)

**SAMPLE**



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

### Cita Obligatoria para Evaluación de Actividad de Trabajo

Usted es una persona a quien se requiere participar en actividades de trabajo aprobadas por la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) hasta un máximo de 35 horas a la semana. Se le ha programado una cita obligatoria para revisar su actividad de trabajo como se indica más abajo.

Favor de traer cualquier documentación que usted considere útil para que nosotros podamos evaluar sus actividades de trabajo actuales. Si usted trabaja actualmente, debe traer a esta cita comprobantes de su ingreso y horas de trabajo, como talones de paga o una carta de su empleador. Si usted está matriculado en una escuela o programa de capacitación, debe traer comprobante de matriculación con el sello de la escuela y firmado por la oficina de matriculación de la escuela.

Su cita ha sido programada para el:

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Indicaciones de Viaje:

Si tiene alguna pregunta o si no puede cumplir la cita, favor de llamar al número de teléfono más arriba. Para programar una nueva cita, usted tiene que comunicarse con nosotros antes de su hora de cita.

**Esta es una cita de participación obligatoria. El no acudir a esta cita o no cooperar puede resultar en reducción o pérdida de su caso de asistencia pública.**

Si usted es madre o padre soltero(a) o pariente proveedor de cuidado, puede que tenga la oportunidad de participar en toda una serie de actividades de trabajo, incluidas experiencia de trabajo, búsqueda de trabajo, y programas educacionales o de capacitación. Esta evaluación nos ayudará a asignarle una actividad de trabajo o un programa que mejor le ayude en su transición del bienestar público al trabajo.

Si usted tiene niños menores de 13 años de edad, puede que necesite hacer arreglos de cuidado infantil para poder participar en una actividad de trabajo. Si necesita cuidado infantil y ya tiene un proveedor, el mismo debe llenar el Formulario de Solicitud del Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (**W-273B [S]**), **que se le ha enviado en un sobre por separado**, para que usted lo traiga a su cita.

Si el proveedor de cuidado infantil que usted ha elegido carece de licencia profesional, necesitaremos comprobante de la dirección del mismo. Vea los formularios adjuntos: Información Importante acerca del Cuidado Infantil (**LDSS-4647-S**) y Prueba de Identificación de su Proveedor de Cuidado Infantil o "Niñera" (**W-574FF [S]**). Si necesita ayuda para conseguir cuidado infantil, la FIA puede ayudarle.

**Adjuntos:** Información Importante acerca del Cuidado Infantil (**LDSS-4647-S**)  
Prueba de Identificación de su Proveedor de Cuidado Infantil o "Niñera" (**W-574FF [S]**)

**SAMPLE**



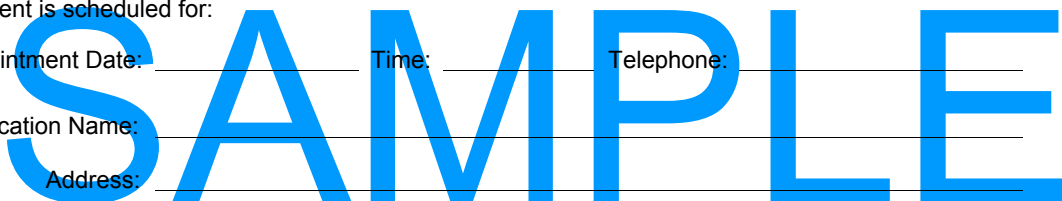
Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

**This is the second of two envelopes being sent to you today about your Public Assistance and/or Food Stamp benefits. It contains the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B).**

You should have received the first envelope containing the date and time of an appointment scheduled for you, along with other important information.

Your appointment is scheduled for:

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Location Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_



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

If you have a child care provider, have him/her complete the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B) and bring it with you to your appointment.

**If you did NOT receive the appointment letter, or if you cannot keep the appointment, call us immediately at the telephone number shown above.**

**Enclosure:** Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B)



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

**Este es el segundo de dos sobres que se les han enviado hoy acerca de sus Beneficios de Asistencia Pública y/o Cupones para Alimentos. Dicho sobre contiene el Formulario de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]).**

Usted debió ya haber recibido el primer sobre con la hora y fecha de su cita, junto a otros datos de importancia.

Su cita está programada para:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Location Name: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**SAMPLE**

**Esta cita es obligatoria. El no acudir a ella puede resultar en la pérdida de beneficios.**

Si tiene un proveedor de cuidado infantil, entréguele la Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]) para que dicho proveedor la llene y usted la traiga a su cita.

**Si NO recibe el aviso de cita o si no puede acudir a ella, llámenos inmediatamente al número de teléfono que aparece arriba.**

**Adjunto:** Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S])



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

### Reevaluation of Employability Status Appointment

As a condition of eligibility for public assistance all resources must be verified. An individual's ability to work is a resource. A review of our records indicates that you are currently temporarily exempt from participating in work activities because:



Your employability status (ability to work) needs to be reevaluated and we have therefore scheduled you for a mandatory eligibility appointment. This will include a review of your treatment needs, if you are in a treatment program. If you are a single parent or caretaker relative, you may have an opportunity to participate in a range of work activities including work experience, job search and education or training programs. Your appointment is indicated below. Please come on time.

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

Location Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

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

Travel Directions:

If you have any questions or are unable to keep this appointment, please call the telephone number above. You must contact us prior to your reporting time to arrange for a new appointment.

**This is a mandatory eligibility appointment. Failure to keep this appointment or cooperate can result in the closing of your public assistance case. Please note that failure to comply with this public assistance resource requirement has no effect on your Medicaid eligibility.**

If you are working, you must bring in proof of earnings to your appointment. Please bring this letter and your Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B) with you. If you cannot participate in work activities, please bring original documents that support your inability to participate. If you are already attending an education or training program, bring documents showing that you are attending. Do not enroll in any new education or training program before your appointment.

To participate in a work activity, if you have children under the age of 13, you may need to make child care arrangements. If you need child care and have a child care provider, have him/her complete the Child Care Provider Application and Voucher Form (**W-273B**), **which is being sent to you in a separate envelope**, and bring it with you to your appointment.

If the provider you have chosen is unlicensed, we will require proof of his/her address. Please refer to the Important Information about Child Care form (**LDSS-4647**) and the Proof of ID for Your Child Care Provider or "Babysitter" (**W-574FF**), which are enclosed. If you need help in locating child care, FIA can assist you.

**Cash assistance is time limited. A job is your future.**

**Enclosures:** Important Information about Child Care (**LDSS-4647**)  
Proof of ID for Your Child Care Provider or "Babysitter" (**W-574FF**)

# SAMPLE



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

### Cita para Nueva Evaluación del Estado de Empleabilidad

Como requisito de elegibilidad para asistencia pública todos los recursos deben verificarse. La capacidad que tiene una persona de trabajar es de por sí un recurso. Según nuestros archivos usted actualmente está temporalmente exento de participar en actividades de trabajo debido a que:



Su estado de empleabilidad (capacidad para trabajar) debe ser reevaluado y por tal razón le hemos programado una cita obligatoria de elegibilidad. Dicha cita incluye una evaluación de sus necesidades de tratamiento, si asiste a algún programa de tratamiento. Si es tutor pariente o padre o madre soltero(a) usted puede tener la oportunidad de participar en una variedad de actividades laborales que abarcan experiencia de trabajo, búsqueda de empleo, y programas educativos o de capacitación. Los datos de su cita se indican a continuación. Favor de ser puntual.

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Indicaciones de Viaje:

Si tiene alguna pregunta o si no puede cumplir la cita, favor de llamar al número de teléfono más arriba. Para programar una nueva cita, usted tiene que comunicarse con nosotros antes de su hora de cita.

**Esta es una cita obligatoria para elegibilidad. El no acudir a esta cita o cumplir con la misma puede resultar en el cierre de su caso de asistencia pública. Por favor tenga presente que el incumplimiento de estos requisitos de recursos de asistencia pública no afecta a su elegibilidad de Medicaid.**



Si usted trabaja, debe traer pruebas de ingresos cuando venga a la cita. Por favor traiga esta carta y su Formulario de Solicitud del Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (**W-273B [S]**). Si usted no puede participar en actividades de trabajo, traiga por favor la documentación original que compruebe su imposibilidad para participar. Si ya asiste a un programa de capacitación o educativo, traiga documentación que verifique su asistencia. No se inscriba a ningún otro programa de capacitación o educativo antes de esta cita.

Si usted tiene niños menores de 13 años de edad, puede que necesite hacer arreglos de cuidado infantil para poder participar en una actividad de trabajo. Si necesita cuidado infantil y ya tiene un proveedor, el mismo debe llenar el Formulario de Solicitud del Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (**W-273B [S]**), **que se le ha enviado en un sobre por separado**, para que usted lo traiga a su cita.

Si el proveedor que escogió no está autorizado, necesitaremos pruebas de la dirección del proveedor. Para dicho propósito refiérase a los formularios adjuntos: Información Importante Acerca del Cuidado de Niños (**LDSS-4647-S**) y Prueba de Identificación de su Proveedor de Cuidado Infantil o "Niñera" (**W-574FF [S]**). Si necesita ayuda para conseguir cuidado infantil, la FIA puede ayudarle.

**La asistencia en efectivo es por tiempo limitado. Su futuro está en un empleo.**

**Adjuntos:** Información Importante acerca del Cuidado de Niños (**LDSS-4647-S**)  
Prueba de Identificación de su Proveedor de Cuidado Infantil o "Niñera" (**W-574FF [S]**)

**SAMPLE**



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

**This is the second of two envelopes being sent to you today about your Public Assistance and/or Food Stamp benefits. It contains the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B).**

You should have received the first envelope containing the date and time of an appointment scheduled for you, along with other important information.

Your appointment is scheduled for:

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Location Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_



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

If you have a child care provider, have him/her complete the Child Care Provider Application and Voucher Form (**W-273B**) and bring it with you to the appointment.

**If you did NOT receive the appointment letter, or if you cannot keep the appointment, call us immediately at the telephone number shown above.**

**Enclosure:** Child Care Provider Application and Voucher Form (**W-273B**)



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

**Este es el segundo de dos sobres que se les han enviado hoy acerca de sus Beneficios de Asistencia Pública y/o Cupones para Alimentos. Dicho sobre contiene el Formulario de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]).**

Usted debió ya haber recibido el primer sobre con la hora y fecha de su cita, junto a otros datos de importancia.

Su cita está programada para:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Location Name: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_



**Esta cita es obligatoria. El no acudir a ella puede resultar en la pérdida de beneficios.**

Si tiene un proveedor de cuidado infantil, entréguele la Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]) para que dicho proveedor la llene y usted lo traiga la su cita.

**Si NO recibe el aviso de cita o si no puede acudir a ella, llámenos inmediatamente al número de teléfono que aparece arriba.**

**Adjunto:** Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S])