



# 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 #05-70-OPE

### REVISION OF NOTICE OF RECERTIFICATION (W-908T), NOTICE OF RECERTIFICATION (W-908T) INSERT AND INTRODUCTION OF NOTICE OF RECERTIFICATION APPOINTMENT (W-908T) INSERT B CHILD CARE NOTICE

<b>Date:</b> May 13, 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 staff that the Notice of Recertification Appointment form (<b>W-908T</b>) has been revised to include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a paragraph advising participants with children under the age of 13 that the Child Care Provider Application and Voucher Form (<b>W-273B</b>) will be sent in a separate envelope; and</li> <li>• additional lines (for listing individuals) have been added to the verification of school attendance section.</li> </ul> <p>Also, the Notice of Recertification Appointment Insert was revised to update the Fair Hearing language and page references.</p> <p>In addition to the revisions to the <b>W-908T</b> and the <b>W-908T Insert</b>, a Notice of Recertification Appointment Child Care Notice (<b>W-908T Insert B</b>) was created. It will be the cover letter sent with the <b>W-273B</b> in the second envelope.</p> <p>Samples of the <b>W-908T</b>, <b>W-908T Insert</b> and the <b>W-908T Insert B</b> are attached.</p> <p>Center Directors must ensure that staff do not use previous versions of the <b>W-908T</b> and the <b>W-908T Insert</b>.</p> <p><i>Effective Immediately</i></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*

☞ Please use Print on Demand to obtain copies of these forms.

**Attachments:**

**W-908T** Notice of Recertification Appointment (Rev. 5/13/05)  
**W-908T (S)** Notice of Recertification Appointment (Spanish) (Rev. 5/13/05)  
**W-908T Insert** Notice of Recertification Appointment Insert (Rev. 5/13/05)  
**W-908T Insert (S)** Notice of Recertification Appointment Insert (Spanish) (Rev. 5/13/05)  
**W-908T Insert B** Notice of Recertification Appointment (W-908T) Insert B Child Care Notice (5/13/05)  
**W-908T Insert B (S)** Notice of Recertification Appointment (W-908T) Insert B Child Care Notice (Spanish) (5/13/05)



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Worker Name: \_\_\_\_\_  
Worker Phone: \_\_\_\_\_  
FH&C Phone: \_\_\_\_\_

### Notice of Recertification Appointment

This letter is to inform you that you must have a face-to-face recertification interview to assist us in determining if you can still receive:

Public Assistance     Food Stamps

The date of your interview is \_\_\_\_\_ . The time of your interview is \_\_\_\_\_ .  
(Day/Date) (Time)

**Please report to your Center at the above address for the recertification interview with an Eligibility Worker.**

If you cannot keep this interview or if you miss the interview, call \_\_\_\_\_ as soon as possible to reschedule the appointment.

**Be sure to read the "Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits" section of the W-908T Insert attached to this notice.**

Depending on the program(s) for which you are recertifying, you will need to provide information on and proof of the items checked below that explain your current situation and how it has changed. If you need any help getting this proof, please let your Worker know as soon as possible.

If the Center you report to requires a paper recertification application, it will be provided to you when you arrive for your interview. If you are reporting to a Center using a paperless computer system, your recertification application will be completed and filed on the computer. You will be assisted with this electronic recertification process. Regardless of which type of Center you report to, you must bring all documents requested in this appointment notice to your interview.

**Proof to bring to your Public Assistance Interview – You will need to:**

- provide information about the people in your home;
- prove that the people who get assistance live in your home;
- show proof of expenses (such as rent, utilities, child care);
- show proof of any income you get;
- show proof of any assets you have;
- show proof of any changes in your living situation, such as change in household size.

**Proof to bring to your Food Stamp Benefits Interview – You will need to bring current proof of any of the following that apply:**

- earned income for the past four (4) weeks;
- any change of \$100 or more in the amount of your household's monthly unearned income;

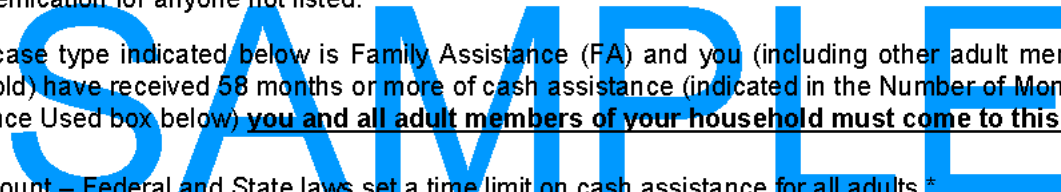
- any medical expenses since you last applied or were recertified for anyone in your household who is 60 years of age or older or disabled;
- any change in your living situation such as changes in income, resources, shelter (rent, utility, heat, telephone, etc.), family size, child care costs, and any other changes.

**In addition, you also need to bring:**

- The following case member \_\_\_\_\_ must be finger imaged. Arrangements will be made at the interview to have him/her finger imaged.
- Our records show that \_\_\_\_\_ will be 18 years old next month. You must provide a letter from his/her school showing his/her expected date of graduation.
- We have not verified school attendance for:  
 First Name: \_\_\_\_\_ M.I.: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_  
 First Name: \_\_\_\_\_ M.I.: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_  
 First Name: \_\_\_\_\_ M.I.: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

You must go to the school and obtain verification for the above named individual(s). You do not need to obtain school verification for anyone not listed.

- If your case type indicated below is Family Assistance (FA) and you (including other adult members of the household) have received 58 months or more of cash assistance (indicated in the Number of Months of Cash Assistance Used box below) **you and all adult members of your household must come to this interview.**



Time Limit Count – Federal and State laws set a time limit on cash assistance for all adults.\*

Our records show that the case number listed below has the number of trackable months of assistance used as follows:

Case Number	Suffix	Case Type	Number of Months of Cash Assistance Used	As of Date

**\*Minor children are exempt from time limit count, UNLESS they are the head of the household.**

A minor child is considered to be a head of household when s/he is the grantee of his or her own family. A minor child who resides in an adult-supervised living arrangement in which payment is made to a person who is not the minor, and who is responsible for the disposition of the funds, shall not be considered a "head of household" and shall not be tracked toward the time limit while residing in such an arrangement as a minor.

A minor child who is NOT the head of the household is an individual who is not yet eighteen (18) years old, or who is between eighteen (18) and nineteen (19) and is a full-time student in a secondary school, or in the equivalent level of vocational or technical training.

**Child Care Notice**

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.

**Other Information:**

- Provide Social Security number for \_\_\_\_\_
- Provide verification of birth for \_\_\_\_\_
- Our records show that you received contributions for excess rent, and/or tuition or other household expenses. Bring verification from the person who is making the contributions.
- We have received information showing a discrepancy in your residential address. Please furnish verification of address from your landlord or housing manager. Homeowners should supply deed and mortgage statement.
- Furnish current information regarding \_\_\_\_\_
- We have received information that \_\_\_\_\_ was married. The new spouse must come with you to the recertification interview with verification of his/her income and resources.
- 
- We have received information from the Social Security Administration that you or another member of your household is receiving Supplemental Security Income (SSI) or Retirement, Survivors, Disability Income (RSDI). Bring your award letters or copy of your most recent check to the interview.
- We have received information from the New York State Department of Labor that you or another member of your household is receiving Unemployment Insurance Benefits (UIB). Please bring your UIB award letter.

SAMPLE

We have received information that indicates that you or another member of your household have/has money on deposit as follows:

Name	Bank/Financial Institution	Account Number	Amount

We have received information:

That...is/was employed during...	Year

We require information of both past and present employment (pay stubs, letter from employer). If no longer employed, you must provide proof.

**What Happens If I Do Not Come to the Interview?**

**Public Assistance** – If you do not come to your interview, we will think that you do not want public assistance. We will then close your public assistance case and send you a notice informing you of the closing date. This decision is based on 18 NYCRR § 351.22.

**Medical Assistance** – A face-to-face interview is not required to continue your Medical Assistance. However, you must report any changes in address, income, resources or household size to this department.

**Food Stamp Benefits** – If you submit your recertification application by \_\_\_\_\_ and are still eligible, you will receive uninterrupted Food Stamp Benefits. However, you will not get Food Stamp Benefits after

\_\_\_\_\_ unless you are recertified. If you, a member of your household or your authorized \_\_\_\_\_ unless you are recertified. If you, a member of your household or your authorized representative do not turn in your recertification form, complete an interview and give any required documentation, you will not get Food Stamp Benefits unless you apply again and are eligible. If any proof is still needed after the interview, you will be told what you need to bring, and you will have at least ten (10) days to submit it. This decision is based on 18 NYCRR § 387.17.

**What If I No Longer Want or Need Assistance?**

If you do not want or need public assistance, Food Stamp Benefits and/or medical assistance, please tell us. If you want any of these benefits to stop, check the box(es) below next to the benefit(s) and tell us the reason why. It is important for you to tell us why you want your case closed, because, depending on the reason, you may be able to get medical assistance for up to a year. You may also be able to get help with your child care expenses.

If you check any of the box(es) below, sign, date and send this form to the address of the Job Center listed on page one of this form.

- I do not want or need PUBLIC ASSISTANCE. If you checked this box but still want Food Stamp Benefits, you must submit a recertification application in the manner explained in the Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits section of the **W-908T Insert** attached to this notice. Your medical assistance will continue unless you also check the next box.
- I do not want MEDICAL ASSISTANCE.
- I do not want FOOD STAMP BENEFITS.

Reason:

Participant Signature

Case Number

Date Signed

**BE SURE TO READ THE ATTACHED INSERT  
FOR YOUR INTERVIEW/APPLICATION RIGHTS FOR FOOD STAMP BENEFITS AND  
CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION.**



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Nombre del Trabajador: \_\_\_\_\_  
Num. de Teléfono  
del Trabajador: \_\_\_\_\_  
Número de Tel. de  
Audiencia Imparcial: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cita de Recertificación

Esta carta es para informarle que tiene que acudir a una entrevista de recertificación en persona para ayudar a determinar si todavía puede recibir:

- Asistencia Pública     Cupones para Alimentos

La fecha de su entrevista es el \_\_\_\_\_ (Día/Fecha) . Su entrevista es a esta hora \_\_\_\_\_ (Hora) .

**Favor de presentarse al Centro a la dirección que se indicada más arriba para una entrevista de recertificación con un Trabajador de Elegibilidad.**

Si usted no puede presentarse o falta a la entrevista, llame al \_\_\_\_\_ tan pronto sea posible para programar otra cita.

**Asegúrese de leer la sección W-908T (S) Insert adjunta a este aviso sobre "Derechos sobre Beneficios de Cupones para Alimentos en la Solicitud y Entrevista".**

De acuerdo al programa para el que necesite recertificarse, usted tendrá que proporcionar información y pruebas de los asuntos marcados a continuación que explican su condición actual y como ha cambiado. Si necesita cualquier ayuda para obtener pruebas, favor de llamar a su Trabajador lo más pronto sea posible.

El Centro al que usted se presente le proveerá una solicitud de recertificación en papel cuando usted llegue a su entrevista si dicho Centro así lo requiere. Si en cambio usted se presenta a un Centro con sistema electrónico computarizado, su solicitud de recertificación será procesada por computadora y se le brindará ayuda con dicho proceso electrónico de recertificación. Sin importar el tipo de Centro al que usted se presente, debe traer a su entrevista todos los documentos solicitados en este aviso de la cita.

**Pruebas que debe traer a su entrevista de Asistencia Pública – Usted tendrá que:**

- dar información sobre las personas en su hogar;
- probar que las personas que reciben asistencia viven en su hogar;
- presentar pruebas de gastos (tales como la renta, servicios, cuidado infantil);
- presentar pruebas de todo ingreso que reciba;
- presentar pruebas de todos los bienes que tenga;
- presentar pruebas de cualquier cambio en su condiciones de vida tal como el número de miembros de su hogar.

**Pruebas que debe traer a su entrevista de Beneficios de Cupones para Alimentos – Usted tendrá que traer pruebas actuales de cualquiera de los siguientes casos que le corresponda:**

- ingresos de las últimas cuatro (4) semanas;
- algún cambio de \$100 o más en la cantidad de los ingresos mensuales del hogar no derivados del trabajo;

- algún gasto médico desde que presentó su solicitud o fue recertificado para cualquier persona incapacitada o de 60 años de edad o mayor en su hogar;
- algún cambio en su condición de vida, tal como en su ingreso, recursos, vivienda (renta, servicios públicos, calefacción, teléfono, etc.), tamaño de la familia, gastos de cuidado infantil y cualquier otro cambio.

**Además, necesita traer:**

- El siguiente miembro del caso, \_\_\_\_\_ debe presentarse a la recertificación programada para que le tomen su impresión digital.
- Nuestros archivos indican que \_\_\_\_\_ cumplirá los 18 años de edad el próximo mes. Necesitamos una carta de la escuela que muestra la fecha anticipada de su graduación.
- No hemos verificado asistencia escolar de:  
Nombre: \_\_\_\_\_ I.: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ I.: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ I.: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Usted debe ir a la escuela para obtener verificación con respecto de la(s) persona(s) citadas más arriba. No necesita hacerlo para ninguna persona no citada.

- Si su tipo de caso indicado más abajo es de Asistencia Familiar (Family Assistance – FA) y usted (incluido otros miembros adultos del hogar) ha recibido 58 meses o más de asistencia de dinero en efectivo (indicado en la casilla más abajo Número de Meses que se Usó Asistencia de Dinero en Efectivo) **usted y todos los miembros adultos de su hogar tienen que acudir a esta entrevista.**

Cálculo para el Límite de Tiempo – Las leyes Federales y Estatales establecen un límite de tiempo respecto a la asistencia de dinero en efectivo que puede recibir cualquier adulto\*.

Nuestros archivos indican que el número de caso que aparece más abajo ha utilizado el siguiente número de meses de asistencia bajo seguimiento:

Número del Caso	Sufijo	Tipo de Caso	Número de Meses que se Usó Asistencia de Dinero en Efectivo	Desde

**\* Los niños menores de edad son exentos del cálculo para límite de tiempo, A MENOS QUE estos sean jefes de familia.**

Se considera que un niño menor de edad es jefe de familia si es el donatario de su propia familia. Un niño menor de edad que reside bajo un arreglo de alojamiento supervisado por un adulto, en el que los pagos los recibe dicha persona en lugar del menor, y la cual se responsabiliza en administrar los fondos, no será considerado "jefe de familia" y por lo tanto no estará bajo el seguimiento de límite de tiempo mientras resida bajo el arreglo de alojamiento supervisado como menor de edad.

Un niño menor de edad que NO sea jefe de familia es alguien que todavía no ha cumplido los dieciocho (18) años de edad, o que está entre las edades de dieciocho (18) y diecinueve (19) y es un estudiante a tiempo completo en una escuela secundaria, o está a un nivel equivalente de capacitación profesional o técnica.

**Aviso de Cuidado Infantil**

Para participar en una actividad de trabajo, si tiene niños menores de 13 años de edad, puede que tenga que hacer arreglos de cuidado infantil. Si tiene proveedor de cuidado infantil, encárguese de que él o ella llene el Formulario del Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]), que se le ha enviado en un sobre por separado, y tráigalo consigo a su cita.



**Otros Datos:**

- Proporcione el número de Seguro Social de \_\_\_\_\_
- Facilite verificación de nacimiento \_\_\_\_\_
- Según nuestros archivos usted ha recibido contribuciones por exceso de alquiler, y/o matrícula escolar u otros gastos domésticos. Traiga comprobantes por parte de la persona contribuyente.
- Hemos recibido información que discrepa respecto a su dirección residencial. Favor de proporcionar comprobante de la dirección por parte de su casero o director de vivienda. Los dueños de vivienda deben facilitar el título de la propiedad y la escritura hipotecaria.
- Proporcione datos actuales respecto a \_\_\_\_\_
- Hemos recibido información de que \_\_\_\_\_ ha contraído matrimonio. El/la nuevo(a) cónyuge debe presentarse acompañado(a) por usted para la entrevista de recertificación con comprobantes de su ingreso y recursos económicos.
- \_\_\_\_\_

- Hemos recibido información de parte de la Administración de Seguro Social (Social Security Administration) que indica que usted u otro miembro de su hogar recibe Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income – SSI) o Ingreso de Retiro, Sobrevivientes o para Incapacitados (Retirement, Survivors, Disability Income – RSDI). Traiga a la entrevista sus cartas de asignaciones o concesiones o copias de su más reciente cheque.
- Hemos recibido información de parte del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (New York State Department of Labor) que indica que usted u otro miembro de su hogar recibe Subsidio de Desempleo (Unemployment Insurance Benefits – UIB). Favor de traer su carta de concesión de UIB.

Hemos recibido información que indica que usted u otro miembro de su hogar ha depositado dinero según aparece a continuación:

Nombre	Banco/Institución Financiera	Número de Cuenta	Cantidad

Hemos recibido información:

de que...está/estuvo empleado durante...	Año

Necesitamos datos respecto a ambos el empleo pasado y el presente (talones de paga, carta por parte del empleador). Si ya no trabaja, usted debe presentar comprobante de ello.



## Notice of Recertification Appointment (W-908T) Insert Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits

You have a right to:

- request that the Food Stamp in-office interview be waived in hardship situations. Hardship generally includes, but is not limited to, illness, transportation difficulties, care of a household member, hardship due to residency in a rural area, prolonged severe weather or work or training hours that prevent you from coming during regular office hours.
- ask for an application for food stamp benefits. This office must accept the application as long as it is signed and has a readable name (and address, if you have one).
- apply for food stamp benefits in person, by mail, fax or through an authorized representative. An interview may be required.

If all members of your household are now receiving Supplemental Security Income (SSI) or plan to apply for SSI, you may apply for food stamp benefits at the Social Security office instead of turning in your recertification form at the Food Stamp Office. If you choose to do this, the Social Security office must also get your application by (see *the What Happens If I Do Not Come to the Interview? section, Food Stamp Benefits, in the Notice of Recertification Appointment [W-908T]*). They will interview you and send your application and supporting documents to the Food Stamp Benefits office to see if you can still get food stamp benefits.

**SAMPLE**

### Services and Other Information

- Social Services may provide information and education about family planning for up to 90 days from the effective date stated in this notice. A loss of public assistance and medical assistance benefits will require a redetermination of your eligibility for social services within 30 days of such a decision. This does not necessarily mean that these services will be terminated. It means that your continuing eligibility for these services will have to be redetermined. For further information, please contact your Worker.
- If you are getting public assistance, medical assistance or food stamp benefits, you may be able to get a discount on your phone service. For information on LIFELINE, call Verizon toll-free at (800) 555-5000.
- Although you may no longer be eligible for public assistance, food stamp benefits or medical assistance, you still may be eligible for assistance with your heating costs by applying for the Home Energy Assistance Program (HEAP). Information on HEAP can be obtained by calling HEAP Central at (800) 692-0557.

---

JOS/Worker

Date

Supervisor

Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.  
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION  
SECTION OF THIS NOTICE FOR 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 the attached notice or write to us at the address on **page 1** of the attached 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 documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

**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 the attached notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within ninety (90) days from the date of the notice for Food Stamp 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: \_\_\_\_\_

First Name M.I. Last Name

Case Number: \_\_\_\_\_

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

Address Line 1

Telephone: \_\_\_\_\_

Address Line 2

City State Zip Code

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



## Aviso de Cita para Recertificación (W-908T) Insert Derechos sobre Beneficios de Cupones para Alimentos en la Solicitud y Entrevista

Usted tiene el derecho de:

- solicitar que la entrevista de cupones para alimentos en la oficina sea dispensada debido a dificultades. En general, se pueden citar algunas dificultades entre las cuales están incluidas, las enfermedades, el transporte, cuidar a un miembro del hogar, el residir en un area rural, mal tiempo prolongado, el trabajo u horas de capacitación que le impidan acudir durante un horario normal de oficina.
- pedir una solicitud de beneficios de cupones para alimentos. Esta oficina debe aceptar la solicitud siempre y cuando esté firmada y tenga el nombre y (la dirección si la tiene) legible(s).
- solicitar beneficios de cupones para alimentos en persona, por correo, fax o a través de un representante autorizado, lo cual pueda requerir de una entrevista.

Si todos los miembros de su hogar actualmente reciben el Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income – SSI) o tiene planes para solicitar SSI, usted puede solicitar beneficios de cupones para alimentos en la oficina del Seguro Social en vez de presentar su formulario de recertificación a la Oficina de Cupones para Alimentos. Si así decidiera hacerlo, la oficina del Seguro Social también **debe recibir** su solicitud antes del (vea la sección *¿Qué Sucede Si No Acudo a la Entrevista?, Beneficios de Cupones para Alimentos, del Aviso de la Cita de Recertificación [W-908T (S)]*). Ellos le enviarán su solicitud con documentos correspondientes a la oficina de Beneficios de Cupones para Alimentos para determinar si todavía puede recibir beneficios de cupones para alimentos.

### Servicios y Otras Informaciones

- La oficina de Servicios Sociales puede proporcionar información y educación sobre la planificación familiar por un período máximo de 90 días a partir de la fecha de vigencia indicada en este aviso. Si se pierden los beneficios de asistencia pública y médica será necesario redeterminar su elegibilidad para servicios sociales dentro de 30 días de dicha decisión. Esto no necesariamente significa que estos servicios serán suspendidos. Esto significa que su elegibilidad continua para estos servicios tendrá que ser determinada nuevamente. Favor de comunicarse con su Trabajador, para más información.
- Si usted recibe asistencia pública, asistencia médica o beneficios de cupones para alimentos, tal vez pueda recibir un descuento en su servicio de teléfono. Llame gratuitamente a Verizon al (800) 555-5000, para más información sobre LIFELINE.
- Aunque ya no sea elegible para asistencia pública, beneficios de cupones para alimentos o asistencia médica, usted todavía puede ser elegible para asistencia con sus gastos de calefacción solicitando al Programa de Asistencia para Energía en el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP). Información sobre HEAP se puede obtener llamando a la Central de HEAP al (800) 692-0557.

\_\_\_\_\_  
Firma del JOS/Trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES  
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA 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 (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en la **primera página** de las hojas adjuntas, o escribanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de las hojas adjuntas. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a 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 abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y 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 pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

**INFORMACIÓN:** Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **primera página** de las hojas adjuntas.

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Fecha límite:** Si desea que el Estado repase nuestra decisión, debe solicitar una Audiencia Imparcial dentro de noventa (90) días a partir de la fecha del aviso de expedición de Cupones para Alimentos.

Si no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

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

SAMPLE

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Número de Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Línea 1 de Dirección

Línea 2 de Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Worker Name: \_\_\_\_\_  
Worker Phone: \_\_\_\_\_  
FH&C Phone: \_\_\_\_\_

**Notice of Recertification Appointment (W-908T) Insert B  
Child Care Notice**

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**).

**SAMPLE**

If you are currently in receipt of child care benefits or need child care benefits, you must ensure that the enclosed **W-273B** is completed, signed and submitted to your Worker when you report to your recertification interview.

If you have not received your recertification appointment notice, contact your Worker.

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



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Nombre del Trabajador: \_\_\_\_\_  
Número de Tel. del  
Trabajador: \_\_\_\_\_  
Número de Tel. de FH&C: \_\_\_\_\_

**Aviso de Cita de Recertificación (W-908T [S]) Insert B**  
**Aviso de Cuidado Infantil**

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

Si usted actualmente recibe o necesita beneficios de cuidado infantil, debe asegurarse de llenar y firmar el adjunto **W-273B (S)** y entregárselo a su Trabajador cuando se presente para su entrevista de recertificación.

Si usted no recibe su aviso de cita para recertificación, por favor comuníquese con su Trabajador.

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