



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 #06-131-OPE

REVISIONS TO MANDATORY NOTICES

Date: September 22, 2006	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all staff, particularly Job Center and Non-Public Assistance Food Stamp site staff, of revisions made to the following forms:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Action Taken on Your Food Stamp Benefits Case (NYC) (LDSS-3152 NYC) • Notice of Food Stamp Benefits Overpayment (Demand Letter) (Timely and Adequate) (NYC) (LDSS-3156 NYC) • Action Taken on Your Application: Public Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Coverage (NYC) – PART A (LDSS-4013A NYC) • Action Taken on Your Application: Public Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Coverage (NYC) – PART B (LDSS-4013B NYC) • Action Taken on Your Recertification: Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (NYC) – PART A (LDSS-4014A NYC) • Action Taken on Your Recertification: Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (NYC) – PART B (LDSS-4014B NYC)

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*

Specifically, these changes include the following:

LDSS-3152 NYC

The following Animal Population Control Program information was added as a new number 7 in the APPROVED section:

“If you are approved for Food Stamp Benefits, the New York State Department of Agriculture and Markets has a program that can help pay to have your dog or cat spayed/neutered. Through the animal population control program, eligible people can have their cat or dog spayed/neutered for \$20.00. This notice entitles you to participate in the program. To receive an application voucher for this program, call 1-866-402-0666.”

LDSS-3156 NYC

In the “REPAYMENT INFORMATION” section, the paragraph below the bulleted section was revised to remove references to Inadvertent Household Error (IHE) and Agency Error (AE), as all types of claims are subject to compromise. The section now reads:

“If you have a Food Stamp Benefit overpayment that has not been paid back, and your case is now closed or being closed, you may be able to get a compromise (reduction) of what you owe. If you cannot repay the full balance of what you owe, talk to your local department of social services.”

LDSS-4013A NYC and LDSS-4014A NYC

A new fifth pre-checked box with the following information was added:

“Animal Population Control Program (APCP) – If you have been approved to receive Public Assistance, Medical Assistance Coverage and/or Food Stamp Benefits, the New York State Department of Agriculture and Markets has a program that can help pay to have your dog or cat spayed/neutered. Through the animal population control program, eligible people can have their cat or dog spayed/neutered for \$20.00. This notice entitles you to participate in the program. To receive an application voucher for this program, call 1-866-402-0666.”

The following “sanction for non-cooperation” language was added only to the **LDSS-4014A NYC**:

“To Lift a Sanction for Non-cooperation with a Child Support Requirement

A sanction for non-cooperation with a child support requirement is open-ended and will continue until _____ contacts the Child Support Enforcement Unit and cooperates. When _____ contacts the Child Support Enforcement Unit, he or she will be told what action(s) must be taken to end the sanction. The sanction will end when he or she takes the required action(s). If _____ did not cooperate but now wants to report a good reason for not cooperating with child support he or she should call (_____) _____.

Some examples of a good reason for not cooperating with child support are:

- fear of emotional or physical harm to you or the children in your family; or,
- the child was born due to rape or incest; or,
- the child is freed for adoption; or, you are now being assisted by an agency to determine whether to put the child up for adoption and discussions have not gone on for more than three months.

To find out more information about how to end the sanction, call (_____) _____.”

The other two forms, the **LDSS-4013B NYC** and **LDSS-4014B NYC**, only had a change in revision date.

Food Stamp site managers and Job Center directors must ensure that all previous versions of the forms are removed from circulation and recycled.

Effective Immediately


Reference:

06-INF-29

Attachments:

LDSS-3152 NYC

Action Taken on Your Food Stamp Benefits Case (NYC) (Rev. 07/06)

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

LDSS-3152 NYC-SP	Action Taken on Your Food Stamp Benefits Case (NYC) (Spanish) (Rev. 07/06)
LDSS-3156 NYC	Notice of Food Stamp Benefits Overpayment (Demand Letter) (Timely and Adequate) (NYC) (Rev. 07/06)
LDSS-3156 NYC-SP	Notice of Food Stamp Benefits Overpayment (Demand Letter) (Timely and Adequate) (NYC) (Spanish) (Rev. 07/06)
LDSS-4013A NYC	Action Taken on Your Application: Public Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Coverage (NYC) – PART A (Rev. 07/06)
LDSS-4013A NYC-SP	Action Taken on Your Application: Public Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Coverage (NYC) – PART A (Spanish) (Rev. 07/06)
LDSS-4013B NYC	Action Taken on Your Application: Public Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Coverage (NYC) – PART B (Rev. 07/06)
LDSS-4013B NYC-SP	Action Taken on Your Application: Public Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Coverage (NYC) – PART B (Spanish) (Rev. 07/06)
LDSS-4014A NYC	Action Taken on Your Recertification: Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (NYC) – PART A (Rev. 07/06)
LDSS4014A NYC-SP	Action Taken on Your Recertification: Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (NYC) – PART A (Spanish) (Rev. 07/06)
LDSS-4014B NYC	Action Taken on Your Recertification: Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (NYC) – PART B (Rev. 07/06)
LDSS-4014B NYC-SP	Action Taken on Your Recertification: Public Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance Coverage and Services (NYC) – PART B (Spanish) (Rev. 07/06)

IMPORTANT NOTICE

Important Notice: If you need help reading this notice, contact your worker.

Aviso importante: Si necesita ayuda para leer este aviso, comuníquese con la persona a cargo de su caso.

**إخطار هام: إذا احتجت إلى مساعدة في قراءة هذا الإخطار،
خاطب مسؤول ملفك.**

**重要通知：如需幫助閱讀此通知，請與您的
個案負責人接洽。**

**Avis important: Si vous avez besoin d'assistance pour lire
cet avis, veuillez contacter votre travailleur.**

**Avi enpòtan. Si w bezwen èd pou li avi sa a, antre an
kontak ak travayè w la.**

**중요한 통지서: 이 통지서를 읽는데 도움이 필요하시면,
담당 직원에게 연락하십시오.**

**Важная информация. Если при чтении этого
извещения у Вас возникнут трудности, обратитесь
к сотруднику, ведущему Ваше дело.**

**Thông báo quan trọng. Nếu cần được giúp đỡ để đọc bản thông
báo này, xin liên lạc với nhân viên xã hội của quý vị.**

**וויכטיגע מעלדונג איז: אויב איר דארפט הילף צו לייענען די
מעלדונג, פארבינדט זיך מיט אייער ארבעטער.**

ACCIÓN ADOPTADA EN SU CASO DE CUPONES PARA ALIMENTOS (NYC)

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
CASO NÚMERO	NÚMERO DE CIN			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo si está presente) Y DOMICILIO		NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____		
		Conferencia con la Agencia _____		
		Audiencias Imparciales Información y Asistencia _____		
		Acceso a los Archivos _____		
		Información sobre Asistencia Legal _____		
Nº DE OFICINA	Nº DE UNIDAD	Nº DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A) DE CASOS	Nº DE TELÉFONO

La(s) decisión/decisiones tomada(s) con respecto a su solicitud / revalidación de beneficios de cupones de fecha _____ se explica(n) a continuación, al lado de la(s) casilla(s) marcada(s) así .

LOS BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS QUE NO SE RETIREN EN UN PLAZO DE 270 DÍAS NO SERÁN REEMPLAZADOS

- APROBADA** la petición de Cupones para Alimentos a partir del _____ hasta el _____.
- Usted recibirá \$ _____ correspondientes al mes de _____ porque debemos calcular su primer mes de beneficios desde:
 - La fecha en que solicitó el beneficio hasta fin de mes. Puede disponer de este beneficio el día _____.
 - La última fecha en la que entregó la prueba que necesitábamos. Debido a que nos entregó la prueba una vez vencido el plazo. Puede disponer de este beneficio el _____.
 - Usted recibirá un beneficio combinado de \$ _____ correspondiente a los meses de _____ y _____. La razón es porque solicitó/presentó el comprobante después del 15^{avo} día del mes. Su beneficio de \$ _____ por el primer mes se calculó desde la fecha en que usted presentó la solicitud o la prueba, hasta fin de mes. El beneficio de \$ _____, del segundo mes corresponde al mes entero. Puede disponer de este beneficio combinado el día _____.
 - A partir del _____ usted recibirá \$ _____ mensuales en Beneficios de Cupones para Alimentos. Puede disponer de estos beneficios el _____ día de cada mes.
 - A partir del _____ usted recibirá \$ _____ mensuales en Beneficios de Cupones para Alimentos. Podrá disponer de estos beneficios el día _____ de cada mes.
 - Hemos calculado la cantidad del beneficio de cupones que usted recibirá sin tener todas las pruebas necesarias, con el fin de que usted los reciba inmediatamente. A continuación le indicamos las pruebas pendientes por presentar: _____
Usted **no** podrá obtener beneficios de cupones en el futuro a menos que presente esta prueba. Dicho comprobante nos ayudará a calcular la cantidad de cupones que usted recibirá. Si este comprobante ocasiona un cambio en la cantidad de cupones que recibe, **no** se lo notificaremos.
 - Si solicita Asistencia Pública y se le aprueba, sus prestaciones de Cupones para Alimentos podrían disminuir o suspenderse. De ser así, no recibirá aviso sobre las prestaciones de cupones.
 - Programa de control de población animal (APCP):** si se le aprueba para recibir cupones para alimentos, el Departamento de Mercado y Agricultura del Estado de Nueva York, ofrece un programa que le ayuda a pagar por la esterilización / castración de su perro o gato. Por medio de este programa, puede esterilizar o castrar su gato o perro por una cuota de \$20.00. Esta notificación le otorga el derecho a participar en ese programa. Para recibir la solicitud de pagaré, llame al 1-866-402-0666.
 - Otros datos: _____

RECHAZADA la petición de prestaciones de Cupones para Alimentos porque: _____

Usted no nos presentó la prueba necesaria para determinar si puede recibir la prestación de Cupones para Alimentos. Si nos presenta el comprobante indicado arriba para el _____, no tendrá que volver a someter una solicitud. Después de esa fecha, tendrá que volver a presentar una solicitud.

INFORMACIÓN SOBRE PAGOS EXCESIVOS (marque todo lo que corresponda)

- Se ha determinado que se hizo un pago excesivo de cupones, dado que usted o su hogar, recibieron un monto superior al que correspondía. Si desea información adicional sobre el pago excesivo, consulte la Carta de Reclamo (y además, si su caso está por cerrarse, el Acuerdo de Devolución de Pagos). **Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.**
- Usted tiene abierto un caso por pago excesivo de beneficios de cupones. Si su caso está por cerrarse, consulte la Carta de Reclamo y el Acuerdo de Devolución de Pagos para informarse sobre la deuda y las modalidades de pago.
- La cantidad indicada en la Sección 3 arriba, refleja una reducción (recobro) del _____%, equivalente a \$ _____, en sus beneficios con motivo de reintegrar el pago en exceso. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.
- La cantidad indicada en la Sección 4 arriba, refleja una reducción (recobro) del _____%, equivalente a \$ _____, en sus beneficios con motivo de reintegrar el pago en exceso. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.
- Otro: _____

La(s) decisión / decisiones anterior(es) se basa(n) en 18 NYCRR

LEA EL DORSO DE ESTE FORMULARIO PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN.

NOMBRE:	DOMICILIO:	CASO NÚMERO:
---------	------------	--------------

Programas nacionales de almuerzos o desayunos: el niño o los niños que se mencionan a continuación están aprobados para recibir almuerzo y/o desayuno gratis si asisten a una escuela que participa en el programa nacional de desayunos o almuerzos. Para que usted pueda recibir este beneficio, debe traer o enviar esta notificación a la escuela a la que asiste su hijo. Esta carta también permite que su hijo(a) tenga derecho a recibir comidas gratis si participa en una actividad escolar, club o campamento y dicho programa es parte del Programa Veranero de Comidas. Quédese con una copia de esta notificación en caso de que tenga que mostrársela al patrocinador.

Escriba a continuación el nombre o los nombres de los niños:

--

- Responsabilidad de Informar Cambios – Consulte el adjunto LDSS-3151-SP: «Programa Cupones para Alimentos: Formulario para Informar Cambios».
- Si se le negaron las prestaciones de Cupones para Alimentos, favor de informar a esta agencia si en un futuro recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Asistencia para Familias (FA), ya que dichos beneficios pueden habilitarlo para recibir la prestación de cupones.
- Aunque usted ya no reciba Asistencia Pública, Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Médica, podría recibir ayuda con los gastos de calefacción si lo solicita del Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Si desea información acerca del programa HEAP, llame al número de teléfono general que aparece al **anverso** de este aviso.

CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES - ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?

Si cree que nuestra determinación es incorrecta, solicite una revisión. Corregiremos nuestro error. Usted puede tomar ambas medidas, 1 y 2.

1. Solicite una reunión informal con nosotros 2. Solicite una audiencia imparcial estatal.

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

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

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: maneras de solicitar una audiencia imparcial:

Por correo: envíe todas las partes de esta notificación 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: 800-342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTE AVISO CUANDO LLAME)

En persona: traiga una copia de todas las partes de este aviso a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (*New York State Office of Temporary and Disability Assistance*) al 14 Boerum Place, Brooklyn, New York o al 330 West 34th Street, NYC.

Por fax: envíe por fax una copia del anverso y reverso de este aviso al: (518) 473-6735

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

Si no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por fax o en persona, 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 ayudarlo a exponer su caso. Si no puede presentarse, puede enviar a otra persona en su representación. Si la persona que lo representará no es un abogado, debe entregarle a esta persona una carta, dirigida al funcionario de audiencias, 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 la 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 ayudarlo a exponer el motivo de nuestra equivocación, le sugerimos presentar testigos que puedan avalar su caso. También, le sugerimos presentar documentos tales como: comprobantes de pagos salariales, contrato de alquiler, recibos, cuentas médicas, etc.

Durante la audiencia, usted y su abogado u otro representante, podrán 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 de este 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 las páginas amarillas, bajo «Abogados» (*“Lawyers”*).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: en preparación para la audiencia, usted 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) 722-5018 o mande una carta a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.**

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente los solicita.

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 llamarnos al número de teléfono señalado en el **anverso** de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.

IMPORTANT NOTICE

Important Notice: If you need help reading this notice, contact your worker.

Aviso importante: Si necesita ayuda para leer este aviso, comuníquese con su trabajador(a) de casos.

**إخطار هام: إذا احتجت إلى مساعدة في قراءة هذا الإخطار،
خاطب مسؤول ملفك.**

**重要通知: 如需幫助閱讀此通知，請與您的
個案負責人接洽。**

**Avis important: Si vous avez besoin d'assistance pour lire
cet avis, veuillez contacter votre travailleur.**

**Avi enpòtan. Si w bezwen èd pou li avisa a, antre an
kontak ak travayè w la.**

**중요한 통지서: 이 통지서를 읽는데 도움이 필요하시면,
담당 직원에게 연락하십시오.**

**Важная информация. Если при чтении этого
извещения у Вас возникнут трудности, обратитесь к
сотруднику, ведущему Ваше дело.**

**Thông báo quan trọng. Nếu cần được giúp đỡ để đọc bản thông
báo này, xin liên lạc với nhân viên xã hội của quý vị.**

**וויכטיגע מעלדונג איז: אויב איר דארפט הילף צו לייענען די
מעלדונג, פארבינדט זיך מיט אייער ארבעטער.**

NOTICE OF FOOD STAMP BENEFITS OVERPAYMENT (DEMAND LETTER) (Timely and Adequate) (NYC)

NOTICE DATE:		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CIN NUMBER	GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP _____ ----- OR Agency Conference _____ Fair Hearing information and assistance _____ Record Access _____ Legal Assistance information _____		
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS				

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	---------------

OVERPAYMENT INFORMATION

1. **New Overpayment Amount \$** _____ **Date of Discovery** _____
- We discovered that from _____ to _____ you or your household got more in Food Stamp Benefits (FSB) than you should have (overpayment). This is because:
- 1a. We incorrectly gave you or your household more benefits than you should have gotten (Agency Error); see Reason below.
- 1b. You or your household failed to provide correct or complete information which resulted in us giving you more benefits than you should have gotten (Inadvertent Household Error) due to the Reason below. We may investigate further to decide if the error you or a member of your household made was an intentional violation of the Food Stamp Benefits rules. If we decide that it was, you or that household member will not be able to receive Food Stamp Benefits for a period of time. The amount you owe us may also increase. With an intentional violation, we can go back six years instead of one to calculate the amount of Food Stamp Benefits you owe. We will send you another notice if we find there was an intentional violation.

Reason: _____

This decision is based on 18 NYCRR 387.19. We may calculate the amount of this type of overpayment back to a period of twelve (12) months from the date of discovery. Enclosed is a form that shows how your overpayment was calculated.

2. **Amount you still owe on Past Overpayment(s) \$** _____
- You or your household were notified before of a Food Stamp Benefits overpayment(s). The amount on Line 2 is what you still owe. You have a right to a fair hearing that this amount is correct and shows all payments that have already been made. You are not allowed a fair hearing on the fact that you have an overpayment, since you were already notified of the overpayment and were allowed a fair hearing at that time.
3. **TOTAL you owe for all New and Past Overpayment(s) \$** _____ (Total of Lines 1 + 2)

REPAYMENT INFORMATION – All adult members in the household at the time the overpayment occurred are required, according to 18 NYCRR 387.19, to repay this agency by:

1. Reduction of Your Food Stamp Benefits For Active/Open Cases:
- 1a. **New Recoupment** – We will reduce your Food Stamp Benefits (recoupment) to pay back your overpayment. See separate notice about this recoupment and how it will affect your Food Stamp Benefits.
- 1b. **Existing Recoupment** – Because you have an existing recoupment, no further reduction of your Food Stamp Benefits will be made at this time. When this current recoupment has been completed, we will take at least ten percent (10%) of your Food Stamp Benefits until this new overpayment has been collected.
- 1c. **Continue Recoupment** – We will continue your current recoupment until your current overpayment is paid off.

In addition to your recoupment, you may voluntarily pay back more, including using benefits from your EBT account.

2. Collection Methods for Closed Cases (you may request one or both collection methods) :
- **Repayment Agreement** - The enclosed Food Stamp Benefits Compromise/Repayment Agreement Request gives you ways to repay. You must sign, date and return the enclosed Food Stamp Benefits Compromise/Repayment Agreement Request.
 - **Request for Compromise** – You may request a compromise (reduction) of your debt. We may approve or deny your request for a Repayment Agreement or Compromise. Your request will be considered and acknowledged in a separate notice.
 - Within thirty (30) days, a payment must accompany your response to this demand letter.

If you have a Food Stamp Benefit overpayment that has not been paid back, and your case is now closed or being closed, you may be able to get a compromise (reduction) of what you owe. If you cannot repay the full balance of what you owe, talk to your local department of social services.

If you have an overpayment that is not paid back, it will be referred for collection in a number of ways, including automated collection by the federal government. Federal benefits (such as Social Security) and tax refunds that you are entitled to receive may be taken to pay back the overpayment. The debt will also be subject to processing charges. This decision is based on 31 CFR 285.

If you do not access your Food Stamp Benefits (FSB) within 270 days, they will be expunged (taken back). If you have a FSB overpayment, your expunged benefits will be put towards your overpayment. If you apply for FSB again, and have not repaid the amount you owe, your FSB will be reduced if you begin to get FSB again. You will be notified, at that time, of the amount of reduced benefits you will get.

BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE TO SEE WHAT RIGHTS YOU HAVE TO APPEAL THIS DECISION.

Enclosure

DISTRIBUTION: *White*-Client/Fair Hearing Copy *Yellow*-Client Copy *Pink*-Agency Copy

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:
-------	----------	--------------



Responsibility To Report Changes – See enclosed LDSS-3151: “Food Stamp Change Report Form” for information on when to report changes.

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).

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

If this notice is telling you that you got too much in Food Stamp Benefits and that you must pay them back and you do not agree, you **MUST** call for a fair hearing within 90 days of the date of this notice. If you do not call for a fair hearing within 90 days of the date of this notice, you cannot claim in the future that the agency’s decision that you owe the debt was wrong.

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 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.

HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING: You can ask for a fair hearing by:

Mail: Send a copy of the entire 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: 800-342-3334 (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL.)

Fax: Fax a copy of the front and reverse of this notice to: (518) 473-6735.

Walk-In: Bring a copy of this entire notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn, New York or 330 West 34th Street, NYC.

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

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, by walk-in or online, 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. 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 us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

IMPORTANT NOTICE

Important Notice: If you need help reading this notice, contact your worker.

Aviso importante: Si necesita ayuda para leer este aviso, comuníquese con su trabajador(a) de casos.

**إخطار هام: إذا احتجت إلى مساعدة في قراءة هذا الإخطار،
خاطب مسؤول ملفك.**

**重要通知: 如需幫助閱讀此通知，請與您的
個案負責人接洽。**

**Avis important: Si vous avez besoin d'assistance pour lire
cet avis, veuillez contacter votre travailleur.**

**Avi enpòtan. Si w bezwen èd pou li avi sa a, antre an
kontak ak travayè w la.**

**중요한 통지서: 이 통지서를 읽는데 도움이 필요하시면,
담당 직원에게 연락하십시오.**

**Важная информация. Если при чтении этого
извещения у Вас возникнут трудности, обратитесь к
сотруднику, ведущему Ваше дело.**

**Thông báo quan trọng. Nếu cần được giúp đỡ để đọc bản thông
báo này, xin liên lạc với nhân viên xã hội của quý vị.**

**וויכטיגע מעלדונג איז: אויב איר דארפט הילף צו לייענען די
מעלדונג, פארבינדט זיך מיט אייער ארבעטער.**

**NOTIFICACIÓN DE PAGO EN EXCESO DE CUPONES PARA ALIMENTOS
(CARTA DE RECLAMO) (Oportuno y adecuado) (NYC)**

FECHA DEL AVISO:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
CASO NÚMERO	NÚMERO CIN			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo/si está presente) Y DOMICILIO		Nº DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 80%;"></div> </div>		Conferencia con la Agencia _____		
		Audiencias Imparciales _____		
		Información y Asistencia _____		
		Acceso a los Archivos _____		
		Información sobre Asistencia Legal _____		
OFICINA Nº	UNIDAD Nº	Nº DE TRABAJADOR(A) DE CASOS	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A) DE CASOS	Nº DE TELÉFONO

INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO EN EXCESO

1. **Nueva cantidad de pago en exceso \$ _____ Fecha en que se detectó dicho pago _____**

Hemos detectado que desde _____ hasta _____ usted o su hogar recibieron más beneficios en cupones para alimentos de los que le correspondían, (pago en exceso), por la siguiente razón:

- 1a. Por error, le entregamos a usted o a su hogar más beneficios de los que debería haber recibido (Error de la Agencia); vea la razón a continuación:
- 1b. Usted o su hogar no suministraron la información correcta o completa y como resultado le entregamos más beneficios de los que debería haber recibido (Error Involuntario del Hogar) debido a la razón mencionada a continuación. Es posible que realicemos una investigación más a fondo para determinar si el error que usted o el miembro de su hogar cometió constituye una violación intencional de las reglas del programa de beneficios de cupones. Si determinamos que así fue, usted o dicho miembro de su hogar no podrán recibir cupones durante un determinado período. El monto que usted nos adeude, también podría incrementar. En caso de una violación intencional, podremos remontar hasta seis años previos en lugar de un año, para calcular el monto de cupones que usted debe. Le enviaremos otro aviso si determinamos que existe una violación intencional.

Razón: _____

Esta decisión se basa en la legislación 18 NYCRR 387.19. Podríamos calcular el monto del pago en exceso de beneficios hasta un período de doce (12) meses a partir de la fecha del descubrimiento. Se adjunta un formulario que muestra la forma en que se calculó el monto del pago en exceso.

2. **Cantidad que todavía debe de pago(s) en exceso anterior(es) \$ _____**
A usted o a su hogar se le notificó anteriormente sobre un pago(s) en exceso de cupones. La cantidad que aparece en la línea 2, es lo que usted todavía debe. Tiene derecho a una audiencia imparcial para determinar si este monto es correcto y si representa todos los pagos que ya se han realizado. No tiene derecho a una audiencia imparcial para tratar la cuestión del pago en exceso de beneficios, ya que previamente se le notificó de dicho pago y tuvo la oportunidad en aquel entonces de solicitar una audiencia imparcial.
3. **TOTAL que debe por pago(s) en exceso nuevo(s) y anterior(es) \$ _____ . (Total de líneas 1 + 2)**

INFORMACIÓN SOBRE DEVOLUCIÓN DE PAGOS - Todos los miembros adultos que formaban parte del hogar al momento en que se emitió el/los pago(s) en exceso, deben de devolver dicho(s) pago(s) a esta agencia de la siguiente manera, conforme a legislación 18NYCRR 387.19:

1. **Reducción de sus beneficios de cupones para alimentos, para casos activos/abiertos:**
- 1a. Recuperación nueva: reduciremos sus beneficios de cupones (recuperación) para devolver el pago en exceso. Vea el aviso adicional con respecto a este recobro y cómo afectará sus beneficios de cupones.
- 1b. Recobro actual: puesto que ya existe un recobro vigente, por el momento no se efectuarán deducciones adicionales de sus beneficios de cupones. Al concluir el recobro actual, comenzaremos a deducir por lo menos un diez por ciento (10%) de sus beneficios de cupones hasta que se recupere el total del nuevo pago en exceso.
- 1c. Continuación del recobro: continuaremos con la deducción actual hasta saldar los pagos en exceso adeudados.

Además del recobro, usted puede voluntariamente devolver más, incluso utilizando los beneficios de su cuenta EBT.

2. **Métodos de Cobranza para casos cerrados (puede solicitar uno o ambos métodos de cobranza):**

- Acuerdo de Devolución: el Acuerdo de Arreglo / Devolución de cupones para alimentos, que se adjunta, le proporciona varias formas de devolución. Usted debe firmar, indicar la fecha y regresar esta Solicitud de Acuerdo de Arreglo / Devolución de cupones para alimentos.
- Solicitud de Arreglo: usted puede solicitar un Arreglo (reducción) de su deuda. Su solicitud de Devolución o Arreglo se podría aprobar o rechazar. La decisión se le notificará en una nota aparte.
- En un plazo de treinta (30) días, usted debe responder esta carta de reclamo e incluir un pago.

Si todavía no ha devuelto un pago en exceso de cupones que recibió, y su caso ya se cerró o está a punto de cerrarse, puede obtener un arreglo (reducción) de su deuda. Si no puede pagar por completo el saldo adeudado, diríjase a su departamento local de servicios sociales.

Un pago en exceso pendiente que no se pague, se podrá recuperar de diferentes maneras, incluyendo el cobro automático por parte del gobierno federal. Los beneficios del gobierno federal (como el Seguro Social) y los reembolsos de impuestos a los que usted tenga derecho, se podrán retener para recuperar el pago en exceso. La deuda, además, generará gastos administrativos. Conforme a legislación 31 CFR 285.

Si no usa sus beneficios de cupones en un plazo de 270 días, se retirarán (se devolverán a la Agencia). Si recibió un pago en exceso de cupones, los beneficios retirados se acreditarán a la deuda del pago en exceso. Si solicita nuevamente los beneficios de cupones, y no ha pagado la cantidad que adeuda, se reducirán sus beneficios cuando comience a recibirlos nuevamente. En cuyo caso, se le notificará la cantidad de beneficios que recibirá, incluyendo la reducción.

LEA EL DORSO DE ESTE AVISO PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.

NOMBRE:	DOMICILIO:	CASO NÚMERO
---------	------------	-------------

- Responsabilidad de notificar cambios - Vea el adjunto LDSS-3151-SP: «Programa Cupones para Alimentos: Formulario para Informar Cambios» para saber cuándo reportar los cambios.

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

Si cree que nuestra determinación es incorrecta, puede solicitar una revisión de la misma. Corrigiremos 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 cree que nuestra determinación es incorrecta o si no entiende nuestra decisión, sírvase llamarnos para concertar una reunión. Llame al número para conferencias que aparece en el **anverso** de este aviso o escríbanos 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 solamente 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.

Si este aviso le notifica que usted debe un pago en exceso y que debe devolverlo y usted no está de acuerdo, **DEBE** llamar y solicitar una audiencia imparcial dentro de 90 días a partir de la fecha vigencia en este aviso. Si no lo hace, no podrá, en un futuro, reclamar que la decisión de la agencia sobre el pago en exceso fue incorrecta.

MANTENER SUS BENEFICIOS SIN CAMBIOS: Mantendremos sus beneficios sin cambios si solicita una audiencia imparcial antes de la fecha fijada en este aviso. Sin embargo, si en la audiencia imparcial no se decide a su favor, tendrá que devolver todos los beneficios recibidos mientras esperaba por la decisión de la audiencia imparcial, puesto que no debería haberlos recibido. Si no desea que sus beneficios permanezcan sin cambios mientras espera por la decisión, infórmele al Estado cuando llame para solicitar una audiencia imparcial o si devuelve esta notificación, marque la casilla a continuación.

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

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Puede solicitar una audiencia imparcial:

Por correo: Envíe una copia de todas las partes de este aviso 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: 800-342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTE AVISO CUANDO LLAME)

Por fax: Envíe por fax una copia del anverso y reverso de este aviso al: **(518) 473-6735**

En persona: Traiga una copia de todas las partes de esta notificación a: *New York State Office of Temporary and Disability Assistance* ubicada en el 14 Boerum Place, Brooklyn, New York o al 330 West 34th Street, NYC.

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

Si no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por fax, por Internet o en persona, 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, podrán 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 enviaremos, 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, nos escribe o manda un fax, le enviaremos, sin cargo, copias de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación para 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) 722-5018** o mande una carta a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**.

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente lo solicita.

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 llamarnos al número de teléfono señalado en el **anverso** de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.

PUBLIC ASSISTANCE, FOOD STAMP BENEFITS AND MEDICAL ASSISTANCE COVERAGE (NYC)

NOTICE DATE: <hr/> CASE NUMBER: _____ CIN NUMBER: _____ <hr/> CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS: <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE: <hr/> <hr/> <hr/> GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP: _____ <hr/> OR Agency Conference: _____ Fair Hearing information and assistance: _____ Record Access: _____ Legal Assistance information: _____
---	---

OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NO.
------------	----------	------------	---------------------	---------------

The action(s) taken on your application dated _____ is explained below and on Part B, next to the checked box(es) :
SEE PART B FOR FOOD STAMP BENEFITS AND FAIR HEARING INFORMATION.

PUBLIC ASSISTANCE

ACCEPTED for the period from _____ to _____. You will get \$ _____, which will cover the period from _____ to _____. After this you will get \$ _____.

The above grant is based on a reduced budget because:

_____ failed without good cause to cooperate with the Office of Child Support Enforcement (OCSE) on _____ by _____ [18NYCRR 352.3(d)]:

To lift this sanction, call () _____ . Read the detailed instructions on the back of this notice.

_____ failed to comply with the following drug/alcohol treatment requirement(s) [18NYCRR 351.2(i)]:

screening assessment rehabilitation

or, has not provided consent or revoked consent to disclose treatment information to the agency.

A RECOUPMENT at the rate of _____ percent (%) is being taken against your Public Assistance. The reason for this recoupment is: _____

If you believe the recoupment at this rate will cause your family an undue hardship, you should contact your worker to explain your reason. An undue hardship means that a person does not have enough income to eat, to pay for shelter or utilities, to get necessary clothing, to buy general items of need, or to pay for medical needs not covered by Medical Assistance. Your worker will let you know what kind of proof you will need to show that the recoupment at this rate will cause an undue hardship. If we decide that the recoupment will cause an undue hardship, the recoupment rate will be changed to a rate between 5 and 10%. The recoupment rate must be at least 5%. This decision is based on 18 NYCRR 352.31(d).

DENIED for [name(s)] _____ because _____

The above decision(s) is based on 18 NYCRR _____.

MEDICAL ASSISTANCE

ACCEPTED for Medical Assistance effective _____ for [name(s)] _____

ACCEPTED for Medical Assistance with a SPENDDOWN, effective _____ for [name(s)] _____

Your total monthly income is \$ _____. Your total monthly deductions are \$ _____.
 The difference between these figures is your monthly net income for Medical Assistance. This is \$ _____. The allowable income standard for a family household your size is \$ _____. The difference between your net income and this standard (\$ _____) is your monthly excess income (18 NYCRR 360-4.8). The enclosed letter explains eligibility under the Excess Income Program and Optional Pay-In Program.

DENIED Medical Assistance effective _____ for [name(s)] _____ because _____

—
 In the event that you are hospitalized, you may be eligible for Medical Assistance and should contact this Department.

PENDED

We do not have enough information to decide your eligibility under the Medical Assistance program. Please contact us no later than _____ at _____ so we can tell you the information we need.

Your application for Medical Assistance is being reviewed. We will send you our decision within thirty days.

Not applying for Medical Assistance. You did not indicate on the application that you wanted to apply for Medical Assistance.

OTHER _____

This above decision(s) is based on _____.

BE SURE TO READ THE BACK OF PART B FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

To Lift a Sanction for Non-cooperation with a Child Support Requirement

A sanction for non-cooperation with a child support requirement is open-ended and will continue until _____ contacts the Child Support Enforcement Unit and cooperates.

When _____ contacts the Child Support Enforcement Unit, he or she will be told what action(s) must be taken to end the sanction. The sanction will end when he or she takes the required actions(s). If _____ did not cooperate but now wants to report a good reason for not cooperating with child support he or she should call (_____)_____.

Some examples of a good reason for not cooperating with child support are:

- fear of emotional or physical harm to you or the children in your family; or,
- the child was born due to rape or incest; or,
- the child is freed for adoption; or, you are now being assisted by an agency to determine whether to put the child up for adoption and discussions have not gone on for more than three months.

To find out more information about how to end the sanction, call (_____)_____.

- Social Services can give you education and counseling about birth control and can assist you in getting medical care to help you plan for your desired family or to prevent unwanted pregnancies.

Even if you are no longer eligible for Public Assistance or Medical Assistance, you may get information and education about family planning for up to 90 days from the date of your application.

For further information, please contact your services worker or call the general phone number on the front of this notice.

- If you know of children under the age of 19 who do not have health care coverage, call 1-800-698-4543 to learn about Child Health Plus coverage.

- Regulations require that you immediately notify this Department of any changes in needs, income, resources, living arrangements or address.

- Although you may no longer be able to get Public Assistance, Food Stamp Benefits or Medical Assistance, you still may be able to get help with your heating costs by applying for the Home Energy Assistance Program (HEAP). You can get more information on HEAP by calling the general telephone number on the front page of this notice.

- Animal Population Control Program (APCP)** - If you have been approved to receive Public Assistance, Medical Assistance Coverage and/or Food Stamp Benefits, the New York State Department of Agriculture and Markets has a program that can help pay to have your dog or cat spayed/neutered. Through the animal population control program, eligible people can have their cat or dog spayed/neutered for \$20.00. This notice entitles you to participate in the program. To receive an application voucher for this program, call 1-866-402-0666.

SEE THE BACK OF PART B

FOR YOUR CONFERENCE AND FAIR HEARING RIGHTS.

ASISTENCIA PÚBLICA, CUPONES PARA ALIMENTOS, COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA (NYC)

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
CASO NÚMERO	NÚMERO DE CIN			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo, si está presente) Y DOMICILIO				
		NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____		
		Conferencia con la Agencia _____		
		Audiencias Imparciales Información y Asistencia _____		
		Acceso a los Archivos _____		
		Información sobre Asistencia Legal _____		
Nº DE OFICINA	Nº DE UNIDAD	Nº DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A) DE CASOS	Nº DE TELÉFONO

La(s) decisión/decisiones tomada(s) sobre su solicitud de fecha _____ se explica(n) abajo y en la **Parte B**, al lado de los casilleros marcados así . **CONSULTE LA PARTE B PARA INFORMARSE SOBRE BENEFICIOS DE CUPONES Y AUDIENCIA IMPARCIAL.**

ASISTENCIA PÚBLICA

ACEPTADA para el período comprendido entre el _____ y el _____.

Usted recibirá \$ _____ para cubrir el periodo que va desde _____ hasta _____.

De ahí en adelante recibirá \$ _____.

El subsidio mencionado arriba se basa en una reducción presupuestaria porque:

_____ no dio motivo justificado para rehusarse a cooperar con la Unidad de Cumplimiento de Sustento de Menores (OCSE) el _____ por _____ [18NYCRR 352.3(d)]

Para levantar esta sanción llame al (_____) _____. Lea las instrucciones detalladas en la parte de atrás de esta notificación.

_____ no cumplió con los siguientes requisitos del programa de tratamiento de drogas / alcohol [18NYCRR 351.2(i)]:

selección evaluación rehabilitación **o bien,**

No ha provisto o rechazado un consentimiento para que se revele a esta agencia información relativa al tratamiento.

Se realizará un **REINTEGRO** del _____ por ciento (%) que se le deducirá de su Asistencia Pública. El motivo de este recobro es el siguiente: _____.

Si considera que esta deducción ocasionará privaciones a su familia, le sugerimos comunicarse con la persona a cargo de su caso para exponer sus razones. Privaciones significa que la persona no posee ingresos suficientes para comprar alimentos, pagar gastos de vivienda o servicios públicos, obtener la vestimenta necesaria, comprar artículos de primera necesidad, o pagar por los gastos médicos que Asistencia Médica no cubre. La persona a cargo de su caso le indicará qué tipo de comprobantes necesita para demostrar que el reintegro a este porcentaje le ocasionará privaciones. Si decidimos que la deducción le ocasionará privaciones, modificaremos el porcentaje de entre un 5 y 10 %. La deducción del reintegro debe ser, de por lo menos, un 5 %. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 352.31 (d).

DENEGADA para (nombre[s]) _____
porque _____

La(s) decisión / decisiones anterior(es) se basa(n) en 18 NYCRR _____

ASISTENCIA MÉDICA

ACEPTADA para recibir Asistencia Médica a partir de _____ para (nombre[s]) _____

ACEPTADA para recibir Asistencia Médica con el requisito de SOBRANTE a partir de _____ para (nombre[s]) _____

El total de su ingreso mensual es de \$ _____. Sus deducciones mensuales totales son de \$ _____

La diferencia entre estos dos montos, es el ingreso mensual neto que Asistencia Médica toma en cuenta, o sea \$ _____. El ingreso estándar autorizado para una familia con el número de integrantes como la suya, es de \$ _____. La diferencia entre su ingreso neto y este estándar (\$ _____) es su ingreso mensual excesivo (18 NYCRR 360-4.8). La carta adjunta le explica los requisitos según el Programa de Ingresos Excesivos y el Programa Opcional de Contribución de Pagos.

DENEGADA la Asistencia Médica a partir de _____ para (nombres) _____
porque _____

En el caso de que a usted se le hospitalice, le sugerimos comunicarse con este departamento, dado que podría tener derecho a recibir Asistencia Médica.

PENDIENTE

No tenemos suficiente información para determinar si reúne los requisitos del programa de Asistencia Médica. Sírvase contactarnos a más tardar el _____ al _____ para informarle qué datos necesitamos.

Su solicitud de Asistencia Médica se está examinando. Le comunicaremos nuestra decisión dentro de treinta días.

No solicita Asistencia Médica. Usted no indicó en la solicitud que deseaba solicitar Asistencia Médica.

OTRO _____

La(s) decisión/decisiones anterior(es) se basa(n) en _____

LEA EL DORSO DE LA PARTE B PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN.

Cómo levantar una sanción impuesta por falta de cooperación con un requisito pertinente a las reglas de sustento de menores

Una sanción por falta de cooperación con un requisito pertinente a las reglas de sustento de menores no tiene un plazo fijo y continuará hasta que _____ se comunique con la Unidad Encargada del Cumplimiento de Sustento de Menores y coopere.

Cuando _____ se comunique con la Unidad Encargada del Cumplimiento de Sustento de Menores, se le dirá lo que debe hacer para que se levante la sanción. La sanción cesará cuando él o ella lleve a cabo la acción o acciones indicada(s). Si _____ no cooperó antes y ahora desea informarnos el motivo justificado por el cual no cooperó con el requisito de sustento de menores, debe llamar al (_____)_____.

Los siguientes son ejemplos de motivos justificados para la falta de cooperación con el requisito de las reglas de sustento de menores:

- Miedo a que usted o los niños en la familia sufran daños físicos o emocionales
- el niño es producto de una violación sexual o incesto
- ya se puede adoptar el niño; o, una agencia le está ayudando a determinar si se dará el niño en adopción y los trámites no han sobrepasado los tres meses.

Si desea más información sobre cómo terminar la sanción, llame al (_____)_____.

- Los Servicios Sociales brindan información y asesoramiento sobre métodos de control de la natalidad, como también ayuda para obtener cuidados de salud sobre planificación familiar o prevención de embarazos no deseados.

Aunque usted ya no reúna los requisitos de Asistencia Pública o Asistencia Médica, puede recibir información y asesoramiento sobre planificación familiar por un periodo de hasta 90 días, contados a partir de la fecha de su solicitud.

Si desea más información, comuníquese con la persona a cargo de su caso o llame al número general de teléfono que figura en el anverso de esta notificación.

- Si sabe de personas menores de 19 años de edad que no tengan seguro médico, llame al 1-800-698-4543 para informarse sobre el seguro médico para niños, Child Health Plus.
- La reglamentación exige que inmediatamente notifique a este Departamento sobre todo cambio en sus necesidades, ingresos, recursos, situación de vivienda o domicilio.
- Aunque usted ya no reciba Asistencia Pública, Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Médica, podría recibir ayuda con los gastos de calefacción si lo solicita del Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Puede recibir más información sobre HEAP llamando al número de teléfono general que figura en el anverso de esta notificación.
- Programa de control de población animal (APCP):** si se le aprueba para recibir Asistencia Pública, cobertura de Asistencia Médica y/o Cupones para Alimentos, el Departamento de Mercados y Agricultura del Estado de Nueva York, ofrece un programa que le ayuda a pagar por la esterilización / castración de su perro o gato. Por medio de este programa, puede esterilizar o castrar su perro o gato por una cuota de \$20. Esta notificación le otorga el derecho a participar en ese programa. Si desea recibir una solicitud de pagaré, llame al 1-866-402-0666.

VEA EL REVERSO DE LA PARTE B

**PARA INFORMARSE SOBRE DERECHOS A UNA CONFERENCIA Y
AUDIENCIA IMPARCIAL.**

PUBLIC ASSISTANCE, FOOD STAMP BENEFITS AND MEDICAL ASSISTANCE COVERAGE (NYC)

NOTICE DATE:		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE			
CASE NUMBER	CIN NUMBER				
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS					
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> SAMPLE </div>		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP _____			
		OR Agency Conference _____ Fair Hearing information and assistance _____ Record Access _____ Legal Assistance information _____			
		OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NUMBER	UNIT OR WORKER NAME
					TELEPHONE NUMBER

The action(s) taken on your application dated _____ is explained below and on Part A, next to the checked box(es) .

SEE PART A FOR PUBLIC ASSISTANCE AND MEDICAL ASSISTANCE INFORMATION.

FOOD STAMP BENEFITS NOT PICKED UP WITHIN 270 DAYS CANNOT BE REPLACED.

APPROVED for Food Stamp Benefits from _____ to _____.

1. You will get \$ _____ for the month of _____ because we must figure your first month's benefit from:

1a. The date you applied to the end of the month. You may access your benefit on _____.

1b. The latest date you provided proof we needed. This is because you gave us proof after it was due. You may access your benefit on _____.

2. You will get \$ _____ which is a combined benefit for the months of _____ and _____. This is because you applied/provided proof after the 15th of the month. Your first month's benefit of \$ _____ was figured from the date you applied/provided proof to the end of the month. Your second month's benefit of \$ _____ is for the entire month. You may access your combined benefit on _____.

3. Beginning _____ you will get \$ _____ monthly in Food Stamp Benefits. You may access these benefits on the _____ day of each month.

4. Beginning _____ you will get \$ _____ monthly in Food Stamp Benefits. You may access these benefits on the _____ day of each month.

5. So you could get Food Stamp Benefits right away, we calculated your benefit without all the necessary proof. Listed here is the proof you still need to provide: _____

You will **not** be able to get Food Stamp Benefits in the future unless you provide this proof. This proof will be used to determine the Food Stamp Benefits you can get. If your Food Stamp Benefits change due to this proof, you will **not** be notified.

6. If you applied for Public Assistance and are approved, your Food Stamp Benefits might go down or might stop. If this happens, you will not get a notice about your Food Stamp Benefits.

7. Other Information: _____

DENIED for Food Stamp Benefits for [name(s)] because: _____

You did not give us the proof we need to see if you can get Food Stamp Benefits. If you give us this proof we listed above by _____, you will not have to reapply. After that date, you will have to reapply.

OTHER: _____

OVERPAYMENT INFORMATION (check all that apply)

We are establishing a Food Stamp Benefits overpayment because you or your household got more in Food Stamp Benefits than you should have. See the Demand Letter (and also, if your case is closing, the Repayment Agreement) for more information on this overpayment. This decision is based on 18 NYCRR 387.19.

You currently have a Food Stamp Benefits overpayment. If your case is closing, see the Demand Letter and Repayment Agreement for more information on the amount you owe and how you will repay this overpayment.

The benefit in Section 3 above reflects a ____ % reduction (recoupment) of \$ _____ in your benefits in order to repay your overpayment. This decision is based on 18 NYCRR 387.19.

The benefit in Section 4 above reflects a ____ % reduction (recoupment) of \$ _____ in your benefits in order to repay your overpayment. This decision is based on 18 NYCRR 387.19.

The above decision(s) is based on 18 NYCRR: _____

BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:
-------	----------	--------------

National School Lunch/or Breakfast Programs - The child(ren) listed below are approved to receive free lunch and/or breakfast if he or she attends a school that participates in the National School Lunch and/or Breakfast Programs. To receive this benefit, you must take or send a copy of this notice to the school that your child attends.

This notice also entitles your child(ren) to free meals if they attend a program such as a school, club or camp that participates in the Summer Food Service Program. Make a copy for your records so you can provide it to the sponsor.

List Child(ren)'s name(s):

- Responsibility To Report Changes – See enclosed LDSS-3151: “Food Stamp Change Report Form” for information on when to report changes.

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.

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

BENEFIT AREA	TIME LIMIT
Public Assistance, Medical Assistance, Social Services	60 days
Food Stamp Benefits	90 days

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 **Part A and Part B** 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 of each notice 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.)

SAMPLE

Phone: 800-342-3334 (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL.)

Fax: Fax a copy of the front and reverse of this notice to: (518) 473-6735.

Walk-In: Bring a copy of this entire notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, NYC.

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

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, fax, walk-in or online, 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 file that we will provide 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 file that 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 us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

ASISTENCIA PÚBLICA, CUPONES PARA ALIMENTOS, COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA (NYC)

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
CASO NÚMERO	NÚMERO DE CIN			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo, si está presente) Y DOMICILIO				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____		
		Conferencia con la Agencia _____		
		Audiencias Imparciales Información y Asistencia _____		
		Acceso a los Archivos _____		
		Información sobre Asistencia Legal _____		
Nº DE OFICINA	Nº DE UNIDAD	NÚMERO DE TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A) DE CASOS	NÚMERO DE TELÉFONO:

La(s) decisión/decisiones tomada(s) sobre su solicitud de fecha _____ se explica(n) abajo y en la Parte A, al lado de los casilleros marcados así :

LA PARTE A CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA PÚBLICA Y ASISTENCIA MÉDICA.

LOS BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS QUE NO SE RETIREN EN UN PLAZO DE 270 DÍAS NO SERÁN REEMPLAZADOS.

SE LE APRUEBAN las prestaciones de Cupones para Alimentos a partir del _____ hasta el _____.

1. Usted recibirá \$ _____ correspondientes al mes de _____ porque debemos calcular su primer mes de beneficios desde:

1a. La fecha en que solicitó el beneficio hasta fin de mes. Puede disponer de este beneficio el _____.

1b. La última fecha en la que entregó la prueba que necesitábamos. Debido a que nos entregó la prueba una vez vencido el plazo. Puede disponer de este beneficio el _____.

2. Usted recibirá \$ _____ como beneficio combinado por los meses de _____ y _____, debido a que usted presentó la solicitud / entregó la prueba después del 15º día del mes. La cantidad de \$ _____ del primer mes, se calculó desde la fecha en que usted presentó la solicitud o la prueba, hasta fin de mes. El beneficio de \$ _____ del segundo mes corresponde al mes entero. Puede disponer de este beneficio combinado el _____.

3. A partir del _____ usted recibirá \$ _____ mensuales en Cupones para Alimentos. Podrá disponer de estos beneficios el día _____ de cada mes.

4. A partir del _____ usted recibirá \$ _____ mensuales en Cupones para Alimentos. Podrá disponer de estos beneficios el día _____ de cada mes.

5. Hemos calculado la cantidad del beneficio de cupones que usted recibirá sin tener todas las pruebas necesarias, con el fin de que usted los reciba inmediatamente. A continuación le indicamos las pruebas pendientes por presentar: _____

Usted **no** podrá obtener beneficios de cupones en el futuro a menos que presente esta prueba. Dicho comprobante nos ayudará a calcular la cantidad de cupones que usted recibirá. Si este comprobante ocasiona un cambio en la cantidad de cupones que recibe, **no** se lo notificaremos.

6. Si solicita Asistencia Pública y se le aprueba, sus prestaciones de Cupones para Alimentos podrían disminuir o suspenderse. De ser así, no recibirá aviso sobre las prestaciones de cupones.

7. Otros datos: _____

RECHAZADA para el Beneficio de Cupones para Alimentos para (nombre[s]) porque: _____

Usted no nos presentó la prueba necesaria para determinar si puede recibir la prestación de Cupones para Alimentos. Si no presenta el comprobante indicado arriba para el _____, no tendrá que volver a someter una solicitud. Después de esa fecha, tendrá que volver a presentar una solicitud.

OTROS: _____

INFORMACIÓN SOBRE PAGOS EXCESIVOS (marque todo lo que corresponda)

Se ha determinado que se hizo un pago excesivo de cupones, dado que usted o su hogar, recibieron un monto superior al que correspondía. Si desea información adicional sobre el pago excesivo, consulte la Carta de Reclamo (y además, si su caso está por cerrarse, el Acuerdo de Devolución de Pagos). Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.

Usted tiene abierto un caso por pago excesivo de beneficios de cupones. Si su caso está por cerrarse, consulte la Carta de Reclamo y el Acuerdo de Devolución de Pagos para informarse sobre la deuda y las modalidades de pago.

El beneficio de la Sección 3 que antecede refleja una reducción del ____% (recobro) de \$ _____ en sus beneficios para reintegrar el pago excesivo. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.

El beneficio de la Sección 4 que antecede refleja una reducción del ____% (recobro) de \$ _____ en sus beneficios para reintegrar el pago excesivo. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.

La(s) decisión/decisiones anterior(es) se basa(n) en 18 NYCRR: _____

LEA EL DORSO DE ESTE FORMULARIO PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN.

NOMBRE:	DOMICILIO:	CASO NÚMERO:
---------	------------	--------------

Programas nacionales de almuerzos o desayunos - El niño o los niños que se mencionan a continuación están aprobados para recibir almuerzo y/o desayuno gratis si asisten a una escuela que participe en el programa nacional de desayunos o almuerzos. Para que usted pueda recibir este beneficio, debe traer o enviar esta notificación a la escuela a la que asiste su hijo.

Esta carta también permite que su hijo(a) tenga derecho a recibir comidas gratis si participa en una actividad escolar, club o campamento y dicho programa es parte del Programa Veranero de Comidas. Quédese con una copia de esta carta en caso de que tenga que mostrársela al patrocinador.

Escriba a continuación el nombre o los nombres de los niños:

- Responsabilidad de notificar cambios - Vea el adjunto LDSS-3151-SP: «Programa Cupones para Alimentos: Formulario para Informar Cambios».

CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES: ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?

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

1. Solicitar una reunión (conferencia) con un supervisor; 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 este tipo de problemas. Le recomendamos hacerlo, aunque haya solicitado una audiencia imparcial.

2. **AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL**: Usted tiene el siguiente lapso de tiempo dentro del cual puede solicitar una audiencia imparcial.

Tipo de beneficio	Plazo
Asistencia Pública, Asistencia Médica, Servicios Sociales	60 días
Cupones para Alimentos	90 días

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 la **Parte A y Parte B** a: *Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201*. Favor de conservar una copia de cada notificación.

- 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: 800-342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTE AVISO CUANDO LLAME)

Por fax: envíe por fax una copia del anverso y reverso de este aviso al: **(518) 473-6735**.

En persona: Traiga una copia de todas las partes de este aviso a: New York State Office of Temporary and Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn o al 330 West 34th Street, NYC.

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

Si no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por facsímil, 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 ayudarlo a exponer su caso. Si no puede presentarse, puede enviar a otra persona en su representación. Si la persona que lo representará no es un abogado, debe entregarle a esta persona una carta, dirigida al funcionario de audiencias, 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 la 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 ayudarlo a exponer el motivo de nuestra equivocación, le sugerimos presentar testigos que puedan avalar su caso. También, le sugerimos presentar documentos tales como: comprobantes de pagos salariales, contrato de alquiler, recibos, cuentas médicas, etc.

Durante la audiencia, usted y su abogado u otro representante, podrán 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 de este 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 las páginas amarillas, bajo «Abogados» (*“Lawyers”*).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: en preparación para la audiencia imparcial, usted 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 para 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) 722-5018** o mande una carta a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**.

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente los solicita.

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 llamarnos al número de teléfono señalado en el **anverso** de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.

PUBLIC ASSISTANCE, FOOD STAMP BENEFITS, MEDICAL ASSISTANCE COVERAGE AND SERVICES (NYC)

NOTICE DATE:		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CIN NUMBER			
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS				
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: auto;"></div>		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP _____		
		OR Agency Conference _____ Fair Hearing information and assistance _____ Record Access _____ Legal Assistance information _____		
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NUMBER	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NUMBER

The action(s) taken on your recertification dated _____ is explained below and on Part B, next to the checked box(es) :

SEE PART B FOR FOOD STAMP BENEFITS AND FAIR HEARING INFORMATION.

PUBLIC ASSISTANCE

- RECERTIFIED** for the period from _____ to _____.
- The above grant is based on a reduced budget because:
 - _____ failed without good cause to cooperate with the Office of Child Support Enforcement (OCSE) on _____ by _____ [18NYCRR 352.3(d)]:
To lift this sanction, call () _____ . Read the detailed instructions on the back of this notice.
 - _____ failed to comply with the following drug/alcohol treatment requirement(s) [18NYCRR 351.2(i)]:
 - screening assessment rehabilitation
 - or, has not provided consent or revoked consent to disclose treatment information to the agency.
- REDUCE** your monthly Public Assistance benefit for that period effective _____ from \$ _____ to \$ _____.
- INCREASE** your monthly Public Assistance benefit for that period effective _____ from \$ _____ to \$ _____.
- CONTINUE** your Public Assistance benefit unchanged at \$ _____.
- A RECOUPMENT** at the rate of _____ percent (%) is being taken against your Public Assistance.
 If you believe the recoupment at this rate will cause your family an undue hardship, you should contact your worker to explain your reason. An undue hardship means that a person does not have enough income to eat, to pay for shelter or utilities, to get necessary clothing, to buy general items of need, or to pay for medical needs not covered by Medical Assistance. Your worker will let you know what kind of proof you will need to show that the recoupment at this rate will cause an undue hardship. If we decide that the recoupment will cause an undue hardship, the recoupment rate will be changed to a rate between 5 and 10%. The recoupment rate must be at least 5%. This decision is based on 18 NYCRR 352.31(d).
- DISCONTINUE** your Public Assistance benefit effective _____.

The **REASON** for this action is _____

The above decision(s) is based on 18 NYCRR _____.

MEDICAL ASSISTANCE

- CONTINUE** the Medical Assistance coverage for [name(s)] _____ unchanged.
- CONTINUE** the Medical Assistance coverage for [name(s)] _____ pending the receipt of information necessary to decide continued eligibility. Please contact us no later than _____ at _____ so we can tell you the information we need.
- CONTINUE** the Medical Assistance coverage for [name(s)] _____ pending our review of eligibility. We will send you our decision within thirty days.
- REDUCE** the Medical Assistance coverage effective _____ for [name(s)] _____ from full coverage to coverage with a SPENDDOWN. Your total gross monthly income is \$ _____. Your total monthly deductions are \$ _____. The difference between these is your monthly net income for Medical Assistance. This is \$ _____. The allowable income standard for a family household your size is \$ _____. The difference between your net income and this standard (\$ _____) is your monthly excess income (18 NYCRR 360-4.8). The enclosed letter explains eligibility under the Excess Income Program and Optional Pay-In Program.
- DISCONTINUE** Medical Assistance for [name(s)] _____ effective _____ because _____.
- Medical Assistance coverage will continue under Transitional Medical Assistance (See attached Medical Assistance Fact Sheet).
- Medical Assistance coverage will continue until _____ due to receipt of/increase in child or spousal support payments.

The above decision(s) is based on _____.

SERVICES – If you are getting Social Services and lose your Public Assistance and Medical Assistance Benefits, we will need to see if you still can get Social Services at your next scheduled recertification. This does not necessarily mean that you will no longer be able to get Social Services. At your recertification, we will do a redetermination to see if you can continue to get Social Services. If you have any questions, please contact your Services worker or call the general phone number at the top of this notice.

BE SURE TO READ THE BACK OF PART B FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:
-------	----------	--------------

To Lift a Sanction for Non-cooperation with a Child Support Requirement

A sanction for non-cooperation with a child support requirement is open-ended and will continue until _____ contacts the Child Support Enforcement Unit and cooperates.

When _____ contacts the Child Support Enforcement Unit, he or she will be told what action(s) must be taken to end the sanction. The sanction will end when he or she takes the required actions(s). If _____ did not cooperate but now wants to report a good reason for not cooperating with child support he or she should call (_____)_____.

Some examples of a good reason for not cooperating with child support are:

- fear of emotional or physical harm to you or the children in your family; or,
- the child was born due to rape or incest; or,
- the child is freed for adoption; or, you are now being assisted by an agency to determine whether to put the child up for adoption and discussions have not gone on for more than three months.

To find out more information about how to end the sanction, call (_____)_____.

- Social Services can give you education and counseling about birth control and can assist you in getting medical care to help you plan for your desired family or to prevent unwanted pregnancies.
- Even if you are no longer eligible for Public Assistance or Medical Assistance, you may get information and education about family planning for up to 90 days from the date of your application.
- For further information, please contact your Services worker or call the general phone number on the front of this notice.
- If you know of children under the age of 19 who do not have health care coverage, call 1-800-698-4543 to learn about Child Health Plus coverage.
- Regulations require that you immediately notify this Department of any changes in needs, income, resources, living arrangements or address.
- Although you may no longer be able to get Public Assistance, Food Stamp Benefits or Medical Assistance, you still may be able to get help with your heating costs by applying for the Home Energy Assistance Program (HEAP). You can get more information on HEAP by calling the general telephone number on the front page of this notice.
- Animal Population Control Program (APCP)** - If you have been approved to continue to receive Public Assistance, Medical Assistance Coverage and/or Food Stamp Benefits, the New York State Department of Agriculture and Markets has a program that can help pay to have your dog or cat spayed/neutered. Through the animal population control program, eligible people can have their cat or dog spayed/neutered for \$20.00. This notice entitles you to participate in the program. To receive an application voucher for this program, call 1-866-402-0666.

SEE THE BACK OF PART B

FOR YOUR CONFERENCE AND FAIR HEARING RIGHTS.

DECISIÓN TOMADA SOBRE SU SOLICITUD DE REVALIDACIÓN PARTE A
ASISTENCIA PÚBLICA, BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS, COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA Y SERVICIOS (NYC)

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
CASO NÚMERO	NÚMERO DE CIN			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo, si está presente) Y DOMICILIO				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> [</div>		NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____		
		Conferencia con la Agencia _____		
		Audiencias Imparciales Información y Asistencia _____		
		Acceso a los Archivos _____		
		Información sobre Asistencia Legal _____		
Nº DE OFICINA	Nº DE UNIDAD	NÚMERO DE TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A) DE CASOS	NÚMERO DE TELÉFONO

La(s) decisión / decisiones tomada(s) sobre su solicitud de revalidación de fecha _____ se explica(n) abajo y en la Parte B, al lado de los casilleros marcados así: **LA PARTE B CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS Y AUDIENCIA IMPARCIAL.**

ASISTENCIA PÚBLICA

- Se le otorga una **REVALIDACIÓN** para el período comprendido entre el _____ y el _____.
 - El subsidio mencionado arriba se basa en una reducción presupuestaria porque:
 - _____ no dio motivo justificado para rehusarse a cooperar con la Unidad de Cumplimiento de Sustento de Menores (OCSE) el _____ por _____ [18NYCRR 352.3(d)]: **Para levantar esta sanción llame al (_____) _____ . Lea las instrucciones detalladas en la parte de atrás de esta notificación.**
 - _____ no cumplió con los siguientes requisitos del programa de tratamiento de drogas/alcohol [18NYCRR 351.2(i)]:
 - selección evaluación rehabilitación
 - o no ha provisto un consentimiento o rechazado un consentimiento para que se revele a esta agencia información relativa al tratamiento
 - REDUCIR** su beneficio mensual de Asistencia Pública para ese período a partir de _____ de _____ a _____.
 - AUMENTAR** su beneficio mensual de Asistencia Pública para ese período a partir de _____ de \$ _____ a \$ _____.
 - MANTENER** su beneficio de Asistencia Pública sin modificaciones en \$ _____.
 - Se aplica un **RECOBRO** del _____ por ciento (%) a su caso de Asistencia Pública.
 Si considera que esta deducción ocasionará privaciones a su familia, le sugerimos comunicarse con la persona a cargo de su caso para exponer sus razones. Privaciones significa que la persona no posee ingresos suficientes para comprar alimentos, pagar gastos de vivienda o servicios públicos, obtener la vestimenta necesaria, comprar artículos de primera necesidad, o pagar por los gastos médicos que Asistencia Médica no cubre. La persona a cargo de su caso le indicará qué tipo de comprobantes necesita para demostrar que el reintegro a este porcentaje le ocasionará privaciones. Si decidimos que la deducción le ocasionará privaciones, modificaremos el porcentaje de entre un 5 y 10 %. La deducción del reintegro debe ser, de por lo menos, un 5 %. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 352.31 (d).
 - SUSPENDER** su beneficio de Asistencia Pública a partir de _____.
- La **RAZÓN** de esta decisión es la siguiente: _____
- La(s) decisión / decisiones anterior(es) se basa(n) en 18 NYCRR _____**

ASISTENCIA MÉDICA

- MANTENER** la cobertura de Asistencia Médica para (nombre[s]) _____ sin modificaciones.
 - MANTENER** la cobertura de Asistencia Médica para (nombre[s]) _____ pendiente el recibo de la información necesaria para decidir si continúa reuniendo los requisitos. Sírvase contactarnos a más tardar el _____ al _____ para informarle qué datos necesitamos.
 - MANTENER** la cobertura de Asistencia Médica para (nombre[s]) _____ pendiente una revisión interna para determinar si reúne los requisitos. Le comunicaremos nuestra decisión dentro de treinta días.
 - REDUCIR** la cobertura de Asistencia Médica a partir de _____ para (nombre[s]) _____ y pasar de cobertura total a cobertura con requisito de SOBRENTE. Su ingreso mensual bruto total es de \$ _____. Sus deducciones mensuales totales son \$ _____. La diferencia entre estos montos es su ingreso mensual neto para Asistencia Médica, o sea \$ _____. El ingreso estándar autorizado para una familia con el número de integrantes como la suya, es de \$ _____. La diferencia entre su ingreso neto y este estándar (\$ _____) es su ingreso mensual excesivo (18 NYCRR 360-4.8). La carta adjunta le explica los requisitos según el Programa de Ingresos Excesivos y el Programa Opcional de Contribución de Pagos.
 - SUSPENDER** la Asistencia Médica para (nombre) [s]) _____ a partir de _____ porque _____
 - La cobertura de Asistencia Médica continuará como Asistencia Médica Transitoria (vea el adjunto titulado: Hoja de datos de Asistencia Médica).
 - La cobertura de Asistencia Médica continuará hasta _____ debido al recibo / aumento de pagos de sustento de menores o pensión alimenticia.
- La(s) decisión / decisiones anterior(es) se basa(n) en _____**

SERVICIOS: si recibe Servicios Sociales y pierde sus beneficios de Asistencia Pública y Asistencia Médica, en su próxima cita de revalidación estudiaremos la posibilidad de que usted reciba Servicios Sociales. Esto no significa, necesariamente, que ya no podrá recibir Servicios Sociales. Al momento de la revalidación, volveremos a determinar si puede seguir recibiendo Servicios Sociales. Si desea más información, comuníquese con la persona a cargo de su caso o llame al número telefónico que aparece en la parte superior de este formulario.

NOMBRE:	DOMICILIO:	CASO NÚMERO:
---------	------------	--------------

Cómo levantar una sanción impuesta por falta de cooperación con un requisito pertinente a las reglas de sustento de menores

Una sanción por falta de cooperación con un requisito pertinente a las reglas de sustento de menores no tiene un plazo fijo y continuará hasta que _____ se comunique con la Unidad Encargada del Cumplimiento de Sustento de Menores y coopere.

Cuando _____ se comunique con la Unidad Encargada del Cumplimiento de Sustento de Menores, se le dirá lo que debe hacer para que se levante la sanción. La sanción cesará cuando él o ella lleve a cabo la acción o acciones indicada(s). Si _____ no cooperó antes y ahora desea informarnos el motivo justificado por el cual no cooperó con el requisito de sustento de menores, debe llamar al (_____)_____.

Los siguientes son ejemplos de motivos justificados de falta de cooperación con el requisito de las reglas de sustento de menores:

- Miedo a que usted o los niños en la familia sufran daños físicos o emocionales
- el niño es producto de una violación sexual o incesto
- ya se puede adoptar el niño; o, una agencia le está ayudando a determinar si se dará el niño en adopción y los trámites no han sobrepasado los tres meses.

Si desea más información sobre cómo terminar la sanción, llame al (_____)_____

- Los Servicios Sociales brindan información y asesoramiento sobre métodos de control de la natalidad, como también ayuda para obtener cuidados de salud sobre planificación familiar o prevención de embarazos no deseados.
- Aunque usted ya no reúna los requisitos de Asistencia Pública o Asistencia Médica, puede recibir información y asesoramiento sobre planificación familiar por un periodo de hasta 90 días, contados a partir de la fecha de su solicitud.
- Para más información, sírvase ponerse en contacto con la persona a cargo de su caso o llame al número de teléfono que figura en el anverso de este formulario.
- Si sabe de personas menores de 19 años de edad que no tengan seguro médico, llame al 1-800-698-4543 para informarse sobre el seguro médico para niños, Child Health Plus.
- La reglamentación exige que inmediatamente notifique a este Departamento sobre todo cambio en sus necesidades, ingresos, recursos, situación de vivienda o domicilio.
- Aunque usted ya no reciba Asistencia Pública, Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Médica, podría recibir ayuda con los gastos de calefacción si lo solicita del Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Puede recibir más información sobre HEAP llamando al número de teléfono general que figura en el anverso de esta notificación.
- Programa de control de población animal (APCP):** si se le aprueba para recibir Asistencia Pública, cobertura de Asistencia Médica y/o Cupones para Alimentos, el Departamento de Mercados y Agricultura del Estado de Nueva York, ofrece un programa que le ayuda a pagar por la esterilización / castración de su perro o gato. Por medio de este programa, puede esterilizar o castrar su perro o gato por una cuota de \$20. Esta notificación le otorga el derecho a participar en ese programa. Si desea recibir un vale, llame al 1-866-402-0666.

VEA EL REVERSO DE LA PARTE B

**PARA INFORMARSE SOBRE DERECHOS A UNA CONFERENCIA
Y AUDIENCIA IMPARCIAL.**

PUBLIC ASSISTANCE, FOOD STAMP BENEFITS, MEDICAL ASSISTANCE COVERAGE AND SERVICES (NYC)

NOTICE DATE:		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CIN NUMBER			
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS				
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP _____		
		OR Agency Conference _____		
		Fair Hearing information and assistance _____		
		Record Access _____		
		Legal Assistance information _____		
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NUMBER	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NUMBER

The action(s) taken on your recertification dated _____ is explained below and on Part A, next to the checked box(es) : **SEE PART A FOR PUBLIC ASSISTANCE, MEDICAL ASSISTANCE, AND SERVICES INFORMATION.**

FOOD STAMP BENEFITS NOT PICKED UP WITHIN 270 DAYS CANNOT BE REPLACED

APPROVED for continued Food Stamp Benefits from _____ to _____.

1. You will get \$ _____ for the month of _____ because we must figure your first month's benefit from:

1a. The date you applied to the end of the month. You may access your benefit on _____.

1b. The latest date you provided proof we needed. This is because you gave us proof after it was due. You may access your benefit on _____.

2. You will get \$ _____ which is a combined benefit for the months of _____ and _____. This is because you applied/provided proof after the 15th of the month. Your first month's benefit of \$ _____ was figured from the date you applied/provided proof to the end of the month. Your second month's benefit of \$ _____ is for the entire month. You may access your combined benefit on _____.

3. Beginning _____ you will get \$ _____ monthly in Food Stamp Benefits. You may access these benefits on the _____ day of each month.

3a. You will continue to get the benefit above until _____. This is because you are eligible for Transitional Food Stamp Benefits. You are not required to report any changes until the end of this transition period. If you have changes during your transition period that may increase your benefits, you must contact your worker to file an early recertification application in order to receive any increase. Early recertifications that result in a benefit increase will end your transition period, otherwise, your transitional period and benefit will continue as described above.

4. Beginning _____ you will get \$ _____ monthly in Food Stamp Benefits. You may access these benefits on the _____ day of each month.

5. So you could get Food Stamp Benefits right away, we calculated your benefit without all the necessary proof. Listed here is the proof you still need to provide:

You will **not** be able to get Food Stamp Benefits in the future unless you provide this proof. This proof will be used to determine the Food Stamp Benefits you can get. If your Food Stamp Benefits change due to this proof, you will **not** be notified.

6. If you applied for Public Assistance and are approved, your Food Stamp Benefits might go down or might stop. If this happens, you will not get a notice about your Food Stamp Benefits.

7. Other information: _____

DENIED for Food Stamp Benefits because: _____

You did not give us the proof we need to see if you can get Food Stamp Benefits. If you give us this proof we listed on the above lines by _____, you will not have to reapply. After that date, you will have to reapply for benefits.

OTHER: _____

OVERPAYMENT INFORMATION

We are establishing a Food Stamp Benefits overpayment because you or your household got more in Food Stamp Benefits than you should have. See the Demand Letter (and also, if your case is closing, the Repayment Agreement) for more information on this overpayment. **This decision is based on 18 NYCRR 387.19.**

You currently have a Food Stamp Benefits overpayment. If your case is closing, see the Demand Letter and Repayment Agreement for more information on the amount you owe and how you will repay this overpayment.

The benefit in Section 3 above reflects a _____% reduction (recoupment) of \$ _____ in your benefits in order to repay your overpayment. **This decision is based on 18 NYCRR 387.19.**

The benefit in Section 4 above reflects a _____% reduction (recoupment) of \$ _____ in your benefits in order to repay your overpayment. **This decision is based on 18 NYCRR 387.19.**

The above decision(s) is based on 18 NYCRR: _____

BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:
-------	----------	--------------

National School Lunch/or Breakfast Programs - The child(ren) listed below are approved to receive free lunch and/or breakfast if he or she attends a school that participates in the National School Lunch and/or Breakfast Programs. To receive this benefit, you must take or send a copy of this notice to the school that your child attends.

This notice also entitles your child(ren) to free meals if they attend a program such as a school, club or camp that participates in the Summer Food Service Program. Make a copy for your records so you can provide it to the sponsor.

List Child(ren)'s name(s):

Responsibility To Report Changes – See enclosed LDSS-3151: “Food Stamp Change Report Form” for information on when to report changes.

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 the following number of days from the date of this notice to ask for a fair hearing:

BENEFIT AREA	TIME LIMIT
Public Assistance, Medical Assistance, Social Services	60 days
Food Stamp Benefits	90 days

If this notice is telling you that you owe a Public Assistance overpayment, and if you do not agree that you owe this overpayment, you must call for a fair hearing within 60 days of the date of this notice. If you do not call for a fair hearing within 60 days of the date of this notice, you cannot claim in the future that the agency's decision that you owe the debt was wrong.

KEEPING YOUR BENEFITS THE SAME: We will restore your Public Assistance, Medical Assistance and Social Services Benefits to the same level they were before this notice, if you ask for a fair hearing before the effective date stated in this notice. However, even if you ask for a fair hearing, your Food Stamp Benefits **cannot be continued in the same amount as** before your recertification, but will be in the new amount shown in this notice. If you lose the fair hearing, you will have to pay back any Public Assistance benefits you got but should not have gotten, while you were waiting for the decision. Also, we may recover Medical Assistance Benefits.

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 or boxes below:

I do not want to “keep my benefits the same” until the Fair Hearing decision is issued:

Public Assistance Medical Assistance Social Services

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 **Part A and Part B** 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 of each notice 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: 800-342-3334 (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL.)

Fax: Fax a copy of the front and reverse of this notice to: (518) 473-6735.

Walk-In: Bring a copy of this entire notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, NYC.

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

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, fax, walk-in or online, 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 file that we will provide 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 file that 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 us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

ASISTENCIA PÚBLICA, BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS, COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA Y SERVICIOS (NYC)

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
CASO NÚMERO	NÚMERO DE CIN			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo, si está presente) Y DOMICILIO				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____		
		Conferencia con la Agencia _____		
		Audiencias Imparciales Información y Asistencia _____		
		Acceso a los Archivos _____		
Nº DE OFICINA		Nº DE UNIDAD	NÚMERO DE TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A) DE CASOS
NÚMERO DE TELÉFONO:				

La(s) decisión / decisiones tomada(s) sobre su solicitud de revalidación de fecha _____ se explica(n) abajo y en la Parte A, al lado de los casilleros marcados así : **LA PARTE A CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA PÚBLICA, ASISTENCIA MÉDICA Y SERVICIOS**

LOS BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS QUE NO SE RETIREN EN UN PLAZO DE 270 DÍAS NO SERÁN REEMPLAZADOS.

- APROBADA** para continuar recibiendo Beneficios de Cupones para Alimentos desde _____ hasta _____
- Usted recibirá \$ _____ correspondientes al mes de _____ porque debemos calcular su primer mes de beneficios desde:
 - La fecha en que solicitó el beneficio hasta fin de mes. Puede disponer de este beneficio el _____
 - La última fecha en la que entregó la prueba que necesitábamos. Debido a que nos entregó la prueba una vez vencido el plazo. Puede disponer de este beneficio el _____.
 - Usted recibirá \$ _____ como beneficio combinado por los meses de _____ y _____. debido a que usted presentó la solicitud/entregó la prueba después del 15º día del mes. Su beneficio de \$ _____ por el primer mes se calculó desde la fecha en que usted presentó la solicitud o la prueba, hasta fin de mes. Su beneficio de \$ _____ por el segundo mes corresponde al mes en el que puede disponer de este beneficio combinado el _____.
 - A partir del _____ usted recibirá \$ _____ mensuales en Beneficios de Cupones para Alimentos. Puede disponer de estos beneficios el _____ día de cada mes.
 - Seguirá recibiendo el beneficio indicado arriba hasta _____. Esto es porque usted reúne los requisitos para recibir Beneficios Transitorios de Cupones para Alimentos. No se le requiere informar cambios durante el período de transición. +Si se producen cambios en el período de transición que pudiesen aumentar sus beneficios, comuníquese con la persona a cargo de su caso para presentar una solicitud de revalidación anticipada y recibir un aumento. Las revalidaciones anticipadas que den como resultado un aumento de beneficios darán por finalizado el período de transición; de lo contrario, el período de transición y los beneficios continuarán según lo descrito anteriormente.
 - A partir del _____ usted recibirá \$ _____ mensuales en Beneficios de Cupones para Alimentos. Puede disponer de estos beneficios el _____ día de cada mes.
 - Hemos calculado la cantidad del beneficio de cupones que usted recibirá sin tener todas las pruebas necesarias, con el fin de que usted los reciba inmediatamente. A continuación le indicamos las pruebas pendientes por presentar:

Usted **no** podrá obtener beneficios de cupones en el futuro a menos que presente esta prueba. Dicho comprobante nos ayudará a calcular la cantidad de cupones que usted recibirá. Si este comprobante ocasiona un cambio en la cantidad de cupones que recibe, **no** se lo notificaremos.
 - Si solicita Asistencia Pública y se le aprueba, sus prestaciones de Cupones para Alimentos podrían disminuir o suspenderse. De ser así, no recibirá aviso sobre las prestaciones de cupones.
 - Otra información: _____

RECHAZADA la solicitud de prestaciones de cupones para alimentos porque: _____

Usted no nos presentó la prueba necesaria para determinar si puede recibir la prestación de Cupones para Alimentos. Si presenta la prueba mencionada antes para el _____, no tendrá que volver a presentar la solicitud. Después de esa fecha, tendrá que volver a presentar la solicitud de beneficios.

OTROS: _____

 INFORMACIÓN SOBRE PAGOS EXCESIVOS

- Se ha determinado que se hizo un pago excesivo de cupones, dado que usted o su hogar, recibieron un monto superior al que correspondía. Si desea información adicional sobre el pago excesivo, consulte la Carta de Reclamo (y además, si su caso está por cerrarse, el Acuerdo de Devolución de Pagos). **Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.**
- Usted tiene abierto un caso por pago excesivo de beneficios de cupones. Si su caso está por cerrarse, consulte la Carta de Reclamo y el Acuerdo de Devolución de Pagos para informarse sobre la deuda y las modalidades de pago.
- El beneficio de la Sección 3 que antecede refleja una reducción de ____% (recobro) de \$ _____ en sus beneficios para reintegrar el pago excesivo. **Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.**
- El beneficio de la Sección 4 que antecede refleja una reducción de ____% (recobro) de \$ _____ en sus beneficios para reintegrar el pago excesivo. **Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.**

La(s) decisión/decisiones anterior(es) se basa(n) en 18 NYCRR: _____

LEA EL DORSO DE ESTE FORMULARIO PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN.

NOMBRE:	DOMICILIO:	CASO NÚMERO:
---------	------------	--------------

Programas nacionales de almuerzos o desayunos: el niño, o los niños, que se mencionan a continuación están aprobados para recibir almuerzo y/o desayuno gratis si asisten a una escuela que participe en el programa nacional de desayunos o almuerzos. Para que usted pueda recibir este beneficio, debe traer o enviar esta notificación a la escuela a la que asiste su hijo.

Esta carta también permite que su hijo(a) tenga derecho a recibir comidas gratis si participa en una actividad escolar, club o campamento y dicho programa es parte del Programa Veranero de Comidas. Quédese con una copia de esta carta en caso de que tenga que mostrársela al patrocinador.

Escriba a continuación el nombre o los nombres de los niños:

Responsabilidad de notificar cambios: vea el adjunto LDSS-3151-SP: «Programa Cupones para Alimentos: Formulario para Informar Cambios».

CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES: ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?

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

1. Solicitar una reunión (conferencia) con un supervisor; 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 escríbanos a la dirección que aparece en esa misma página. En algunos casos, ésta es la forma más rápida de resolver este tipo de problemas. Le recomendamos hacerlo, aunque haya solicitado una audiencia imparcial.

Si **solamente** 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 el siguiente lapso de tiempo dentro del cual puede solicitar una audiencia imparcial.

TIPO DE BENEFICIO	PLAZO
Asistencia Pública, Asistencia Médica, Servicios Sociales	60 días
Cupones para Alimentos	90 días

Si este aviso le informa que usted tiene una deuda por pago excesivo de Asistencia Pública y usted no está de acuerdo de que debe un pago excesivo, debe llamar, dentro de 60 días contados a partir de la fecha de esta notificación, y solicitar una audiencia imparcial. Si no llama para solicitar una audiencia imparcial dentro de 60 días contados a partir de la fecha de esta notificación, no podrá reclamar en un futuro que la decisión de la agencia sobre la deuda fue incorrecta.

MANTENER SUS BENEFICIOS SIN CAMBIOS: reanudaremos sus beneficios de asistencia pública, asistencia médica y servicios sociales al mismo nivel en que estaban antes de esta notificación si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de vigencia que aparece en esta notificación. Sin embargo, aunque usted solicite una audiencia imparcial, sus beneficios de cupones para alimentos **no pueden continuar en la misma cantidad** que estaban antes de la certificación, la nueva cantidad será la que aparece en esta notificación. Si no se decide a su favor en la audiencia imparcial, tendrá que devolver todos los beneficios de asistencia pública que recibió y que no debía haber recibido mientras esperaba por la decisión de la audiencia imparcial. Además, podremos también recuperar los beneficios de asistencia médica que recibió.

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:

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

Asistencia Pública

Asistencia Médica

Servicios Sociales

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 la **Parte A y Parte B** a: *Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201.* Favor de conservar una copia de cada notificación.

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: 800-342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTE AVISO CUANDO LLAME)

Por fax: envíe por fax una copia del anverso y reverso de este aviso al: (518) 473-6735.

En persona: traiga una copia de todas las partes de este aviso a: New York State Office of Temporary and Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn o al 330 West 34th Street, NYC.

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

Si no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por facsímil, 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 ayudarlo a exponer su caso. Si no puede presentarse, puede enviar a otra persona en su representación. Si la persona que lo representará no es un abogado, debe entregarle a esta persona una carta, dirigida al funcionario de audiencias, 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 la 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 ayudarlo a exponer el motivo de nuestra equivocación, le sugerimos presentar testigos que puedan avalar su caso. También, le sugerimos presentar documentos tales como: comprobantes de pagos salariales, contrato de alquiler, recibos, cuentas médicas, etc.

Durante la audiencia, usted y su abogado u otro representante, podrán 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 de este 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 las páginas amarillas, bajo «Abogados» (“Lawyers”).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: en preparación para la audiencia imparcial, usted 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 para 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) 722-5018 o mande una carta a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.**

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente los solicita.

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 llamarnos al número de teléfono señalado en el **anverso** de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.