



**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 #06-104-OPE**

**REVISIONS TO CONCILIATION NOTICES**

<b>Date:</b> August 7, 2006	<b>Subtopic(s):</b> Employment Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p> Please use Print on Demand to obtain copies of forms.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff at the Job Centers that the following notices have been revised to add the phrase “willful and without good cause” when referring to a refusal or failure to comply with a required employment activity:</p> <p><b>W-532A</b> Conciliation Notification  <b>W-532B</b> Conciliation Notification for Activity Period Continued  <b>W-532C</b> Conciliation Notification for Activity Period Discontinued</p> <p>Center Directors must ensure all previous versions of these forms, including multilingual equivalents, are removed from circulation and recycled.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p><b>Reference:</b>          GIS 05 TA/DC032</p> <p><b>Attachments:</b></p> <p><b>W-532A</b> Conciliation Notification (Rev. 8/7/06)  <b>W-532A (S)</b> Conciliation Notification (Spanish) (Rev. 8/7/06)  <b>W-532B</b> Conciliation Notification for Activity Period Continued (Rev. 8/7/06)  <b>W-532B (S)</b> Conciliation Notification for Activity Period Continued (Spanish) (Rev. 8/7/06)  <b>W-532C</b> Conciliation Notification for Activity Period Discontinued (Rev. 8/7/06)  <b>W-532C (S)</b> Conciliation Notification for Activity Period Discontinued (Spanish) (Rev. 8/7/06)</p>

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*



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Expiration Date: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_  
Job Center: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_  
Infra Date: \_\_\_\_\_

**Conciliation Notification**

We would like to discuss any problems you may have with work activity requirements and the reason(s) why on \_\_\_\_\_ you:

SAMPLE

If we cannot reach an agreement about your participation in a work activity, we will make a determination as to whether or not you did willfully and without good cause fail or refuse to report or cooperate. The following appointment has been scheduled for you to attend an interview with a Conciliation Worker at the address above:

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

If you cannot keep this appointment, you may come in any day prior to the expiration date above.

When you come in, you will have the opportunity to explain to a Conciliation Worker why you did not report or cooperate. The Conciliation Worker acts as a mediator and will try to resolve any problems. It is your responsibility to give the reason(s) why you did not report or cooperate and to provide any evidence that will help document what occurred. The Conciliation Worker will review your explanation, along with any other relevant documentation, and will make a final determination. You will be notified in writing of the result of your interview.

Additionally, if you have an Equal Employment Opportunity (EEO) complaint, the complaint should be brought to your Agency EEO Officer first. If you do not get satisfactory results from this process or you do not want to go to the EEO Officer for some reason, the complaint can be addressed as part of the conciliation/grievance process.

If you do not report, we will look at the evidence we have and decide if your failure to report or cooperate was willful and without good cause. If we determine that you did willfully and without good cause fail or refuse to comply with work activity requirements, you will receive a Notice of Intent that will advise you that you are not eligible for assistance or that your public assistance benefits will be reduced for a specific period of time. The notice will give you a 10-day period during which you may request a conference. A conference provides you with the opportunity to resolve the issue of noncompliance. After you receive the Notice of Intent, you are entitled to request a Fair Hearing if you do not agree with our decision.

**Please note: Failure to comply with public assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.**



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_  
Fecha Infra: \_\_\_\_\_

### Aviso de Conciliación

Nos gustaría platicar con usted sobre las dificultades que pueda tener con los requisitos de actividad de trabajo y acerca de la(s) razón(es) por la(s) cual(es) el \_\_\_\_\_ usted:

SAMPLE

Si no podemos llegar a un acuerdo acerca de su participación en una actividad de trabajo, decidiremos por nuestra parte si usted no se presentó o rehusó cooperar injustificada e intencionadamente. La siguiente cita ha sido programada para que usted asista a una entrevista con un Trabajador de Conciliación en la dirección indicada más arriba:

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

Si usted no puede asistir a esta cita, puede venir cualquier día antes de la fecha de vencimiento indicada más arriba.

Al presentarse usted tendrá la oportunidad de explicarle al Trabajador de Conciliación por qué no se presentó o no cooperó. El Trabajador de Conciliación actuará de mediador y tratará de resolver cualquier problema. Usted tiene la responsabilidad de proveer la(s) razón(es) por la(s) cual(es) no se presentó o no cooperó y de proveer cualquier evidencia que ayude a documentar lo ocurrido. El Trabajador de Conciliación revisará su explicación como también cualquier otro documento pertinente y tomará una decisión definitiva. Usted será notificado por escrito del resultado de la entrevista.

Además, si tiene una queja de Igualdad de Oportunidades de Empleo (Equal Employment Opportunity – EEO), debe presentarla primero ante el funcionario de EEO de su Agencia. Si no obtiene resultados satisfactorios de este proceso o si por algún motivo no desea acudir a un funcionario de EEO, la queja puede ser incluida como parte del proceso de conciliación/agravios.

Si usted no se presenta, revisaremos la evidencia para decidir si sus ausencias o falta de cooperación fueron intencionales e injustificadas. Si determinamos que injustificada e intencionadamente faltó o rehusó cumplir con los requisitos de actividad de trabajo, usted recibirá un Aviso de Intención (Notice of Intent) que le informará de que no es elegible para recibir asistencia, o de que sus beneficios de asistencia pública serán reducidos por un período de tiempo específico. El aviso le proporcionará un período de diez (10) días durante el cual puede solicitar una conferencia que le proveerá la oportunidad de resolver la disputa con respecto al incumplimiento. Después de recibir el Aviso de Intención usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial si no está de acuerdo con nuestra decisión.

**Favor de notar: El incumplimiento de los requisitos de trabajo de asistencia pública no afecta a su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.**



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Expiration Date: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_  
Job Center: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_  
Infra Date: \_\_\_\_\_

### Conciliation Notification for Activity Period Continued

We would like to discuss any problems you may have with work activity requirements and the reason(s) why you:

SAMPLE

Either you did not meet the minimum number of work hours required or failed to cooperate during the period of \_\_\_\_\_ through \_\_\_\_\_. If we cannot reach an agreement about your participation in a work activity, we will make a determination as to whether or not you did willfully and without good cause fail or refuse to report or cooperate. You may continue your work activity while a determination is being made. Child care and transportation services will continue as long as you participate. The following appointment has been scheduled for you to attend an interview with a Conciliation Worker at the address above:

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

If you cannot keep this appointment, you may come in any day prior to the expiration date above.

When you come in, you will have the opportunity to explain to a Conciliation Worker why you did not report or cooperate. The Conciliation Worker acts as a mediator and will try to resolve any problems. It is your responsibility to give the reason(s) why you did not report or cooperate and to provide any evidence that will help document what occurred. The Conciliation Worker will review your explanation, along with any other relevant documentation, and will make a final determination. You will be notified in writing of the result of your interview.

Additionally, if you have an Equal Employment Opportunity (EEO) complaint, the complaint should be brought to your Agency EEO Officer first. If you do not get satisfactory results from this process or you do not want to go to the EEO Officer for some reason, the complaint can be addressed as part of the conciliation/grievance process.

If you do not report, we will look at the evidence we have and decide if your failure to report or cooperate was willful and without good cause. If we determine that you did willfully and without good cause fail or refuse to comply with work activity requirements, you will receive a Notice of Intent that will advise you that you are not eligible for assistance or that your public assistance benefits will be reduced for a specific period of time. The notice will give you a 10-day period during which you may request a conference. A conference provides you with the opportunity to resolve the issue of noncompliance. After you receive the Notice of Intent, you are entitled to request a Fair Hearing if you do not agree with our decision.

**Please note: Failure to comply with public assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.**



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_  
Fecha Infra: \_\_\_\_\_

### Aviso de Conciliación del Período Continuo de Actividad

Nos gustaría platicar con usted sobre las dificultades que pueda tener con los requisitos de actividad de trabajo y acerca de la(s) razón(es) por la(s) cual(es) usted:

SAMPLE

Usted no reunió el número de horas requeridas o no cooperó durante el período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. Si no podemos llegar a un acuerdo acerca de su participación en una actividad de trabajo, decidiremos por nuestra parte si usted no se presentó o rehusó cooperar injustificada e intencionadamente. Puede continuar con su actividad de trabajo mientras se tome la decisión. Los servicios de cuidado infantil y de transporte continuarán, siempre y cuando usted siga participando. La siguiente cita ha sido programada para que usted asista a una entrevista con un Trabajador de Conciliación en la dirección indicada más arriba:

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

Si usted no puede asistir a esta cita, puede venir cualquier día antes de la fecha de vencimiento indicada más arriba.

Al presentarse usted tendrá la oportunidad de explicarle al Trabajador de Conciliación por qué no se presentó o no cooperó. El Trabajador de Conciliación actuará de mediador y tratará de resolver cualquier problema. Usted tiene la responsabilidad de proporcionar la(s) razón(es) por la(s) cual(es) no se presentó o no cooperó y de proveer cualquier evidencia que ayude a documentar lo ocurrido. El Trabajador de Conciliación revisará su explicación como también cualquier otro documento pertinente y tomará una decisión definitiva. Usted será notificado por escrito del resultado de la entrevista.

Además, si tiene una queja de Igualdad de Oportunidades de Empleo (Equal Employment Opportunity – EEO), debe presentarla primero ante el funcionario de EEO de su Agencia. Si no obtiene resultados satisfactorios de este proceso o si por algún motivo no desea acudir a un funcionario de EEO, la queja puede ser incluida como parte del proceso de conciliación/agravios.

Si usted no se presenta, revisaremos la evidencia para decidir si sus ausencias o falta de cooperación fueron intencionales e injustificadas. Si determinamos que injustificada e intencionadamente faltó o rehusó cumplir con los requisitos de actividad de trabajo, usted recibirá un Aviso de Intención (Notice of Intent) que le informará de que no es elegible para recibir asistencia, o de que sus beneficios de asistencia pública serán reducidos por un período de tiempo específico. El aviso le proporcionará un período de diez (10) días durante el cual puede solicitar una conferencia que le proveerá la oportunidad de resolver la disputa con respecto al incumplimiento. Después de recibir el Aviso de Intención usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial si no está de acuerdo con nuestra decisión.

**Favor de notar: El incumplimiento de los requisitos de trabajo de asistencia pública no afecta a su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.**



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Expiration Date: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_  
Job Center: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_  
Infra Date: \_\_\_\_\_

### Conciliation Notification for Activity Period Discontinued

We would like to discuss any problems you may have with work activity requirements and the reason(s) why you:

SAMPLE

Either you did not meet the minimum number of work hours required or failed to cooperate during the period of \_\_\_\_\_ through \_\_\_\_\_. If we cannot reach an agreement about your participation in a work activity, we will make a determination as to whether or not you did willfully and without good cause fail or refuse to report or cooperate. Until a determination is reached, you must stop participating in the assigned work activity. Although your child care will continue, your transportation services have been terminated. The following appointment has been scheduled for you to attend an interview with a Conciliation Worker at the address above:

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

If you cannot keep this appointment, you may come in any day prior to the expiration date above.

When you come in, you will have the opportunity to explain to a Conciliation Worker why you did not report or cooperate. The Conciliation Worker acts as a mediator and will try to resolve any problems. It is your responsibility to give the reason(s) why you did not report or cooperate and to provide any evidence that will help document what occurred. The Conciliation Worker will review your explanation, along with any other relevant documentation, and will make a final determination. You will be notified in writing of the result of your interview.

Additionally, if you have an Equal Employment Opportunity (EEO) complaint, the complaint should be brought to your Agency EEO Officer first. If you do not get satisfactory results from this process or you do not want to go to the EEO Officer for some reason, the complaint can be addressed as part of the conciliation/grievance process.

If you do not report, we will look at the evidence we have and decide if your failure to report or cooperate was willful and without good cause. If we determine that you did willfully and without good cause fail or refuse to comply with work activity requirements, you will receive a Notice of Intent that will advise you that you are not eligible for assistance or that your public assistance benefits will be reduced for a specific period of time. The notice will give you a 10-day period during which you may request a conference. A conference provides you with the opportunity to resolve the issue of noncompliance. After you receive the Notice of Intent, you are entitled to request a Fair Hearing if you do not agree with our decision.

**Please note: Failure to comply with public assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.**



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_  
Fecha Infra: \_\_\_\_\_

### **Aviso de Conciliación del Período de Actividad Discontinuado**

Nos gustaría platicar con usted sobre las dificultades que pueda tener con los requisitos de actividad de trabajo y acerca de la(s) razón(es) por la(s) cual(es) usted:

SAMPLE

Usted no cumplió el requisito mínimo de horas de trabajo o no cooperó como debido del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_. Si no podemos llegar a un acuerdo acerca de su participación en una actividad de trabajo, decidiremos por nuestra parte si usted no se presentó o rehusó cooperar injustificada e intencionadamente. Hasta que se tome dicha decisión, usted tiene que dejar de participar en la actividad de trabajo asignada. Además, aunque su cuidado infantil continuará, sus servicios de transporte han sido terminados. La siguiente cita ha sido programada para que usted asista a una entrevista con un Trabajador de Conciliación en la dirección indicada más arriba:

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

Si usted no puede asistir a esta cita, puede venir cualquier día antes de la fecha de vencimiento indicada más arriba.

Al presentarse usted tendrá la oportunidad de explicarle al Trabajador de Conciliación por qué no se presentó o no cooperó. El Trabajador de Conciliación actuará de mediador y tratará de resolver cualquier problema. Usted tiene la responsabilidad de proveer la(s) razón(es) por la(s) cual(es) no se presentó o no cooperó y de proveer cualquier evidencia que ayude a documentar lo ocurrido. El Trabajador de Conciliación revisará su explicación como también cualquier otro documento pertinente y tomará una decisión definitiva. Usted será notificado por escrito del resultado de la entrevista.

Además, si tiene una queja de Igualdad de Oportunidades de Empleo (Equal Employment Opportunity – EEO), debe presentarla primero ante el funcionario de EEO de su Agencia. Si no obtiene resultados satisfactorios de este proceso o si por algún motivo no desea acudir a un funcionario de EEO, la queja puede ser incluida como parte del proceso de conciliación/agravios.

Si usted no se presenta, revisaremos la evidencia para decidir si sus ausencias o falta de cooperación fueron intencionales e injustificadas. Si determinamos que injustificada e intencionadamente faltó o rehusó cumplir con los requisitos de actividad de trabajo, usted recibirá un Aviso de Intención (Notice of Intent) que le informará de que no es elegible para recibir asistencia, o de que sus beneficios de asistencia pública serán reducidos por un período de tiempo específico. El aviso le proporcionará un período de diez (10) días durante el cual puede solicitar una conferencia que le proveerá la oportunidad de resolver la disputa con respecto al incumplimiento. Después de recibir el Aviso de Intención usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial si no está de acuerdo con nuestra decisión.

**Favor de notar: El incumplimiento de los requisitos de trabajo de asistencia pública no afecta a su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.**