



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 #08-126-OPE

(This Policy Bulletin Replaces PB #07-126-OPE)

REVISIONS OF HEAP FORMS FOR THE 2008–2009 HEAP SEASON

Date: October 3, 2008	Subtopic(s): HEAP Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all Job Center and Non Cash Assistance Food Stamp (NCA FS) Center staff that the following changes to HEAP forms have been made for the 2008–2009 season:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HEAP Program Notice for Heater Households (2008–2009) (HEAP 6) • Request for Energy/Fuel Supplier Information for HEAP Grant (HEAP 11A) • Notice of Direct Vendor HEAP Payment (HEAP 14) • Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Grant (2008–2009) (HEAP 18) • Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Benefit for 2008–2009 (HEAP 21) • HEAP Insert (HEAP 23) • Notice to Fuel/Utility Company of HEAP Payment (HEAP 24) • Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Grant (2008–2009) (HEAP HA29 SUA1) <p>The changes are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> • All of the HEAP forms have been revised with the new NYC logo. <p>HEAP 6 is sent to Cash Assistance (CA) and Food Stamp (FS) participants who are identified in the Autopay process as eligible for HEAP benefits and pay directly for heating costs. The form has been revised as follows:</p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or
send an e-mail to *FIA Call Center*

- The title of the form was changed to HEAP Program Notice for Heater Households (2008–2009).
- The form provides heater households with a detailed breakdown of how their HEAP benefit was calculated by providing:
 - Table 1: Monthly Income Eligibility Guidelines (2008–2009)
 - 2008–2009 HEAP Statewide Annual Energy Cost Standard
 - HEAP (2008 – 2009) Heating Calculation Worksheet – Regular HEAP
 - Table 2: Statewide Annual Energy Cost Standard Primary Fuel Type (2008–2009)
 - Energy Burden Ratio
 - Vulnerable population
 - Income Tier
 - Benefit
 - instructions on how to document their actual energy expenses
 - updated legal authority language for the HEAP determination

Note: The **HEAP 6** (Insert) is obsolete because the Conference and Fair Hearing Information is now incorporated into the **HEAP 6** form.

HEAP 11A is sent to CA and FS participants who are identified in the Autopay process as potentially eligible for HEAP benefits, but for whom HRA has insufficient information to issue a benefit.

- In the second box of Section 1, “Keyspan Energy” has been changed to “National Grid.”

HEAP 14 is for the household’s energy/fuel company to inform the company of the HEAP benefit issuance and for proper credit to the household’s account.

- The word “fuel” was deleted from the Account Number.

HEAP 18 is for HEAP households identified in the Autopay process that are eligible for HEAP and pay directly for heat through rent. This form has been revised as follows:

- The word “Benefit” was removed from the title and replaced with: “Grant (2008–2009).”

HEAP payment is sent through EBT

- The first paragraph has been replaced with two new paragraphs:
 - The first paragraph mentions an approval of \$50 for a regular (HEAP) benefit for 2008–2009.
 - The second paragraph mentions a one-time supplement to meet heating costs.
- The last sentence of the paragraph in the gray box was removed.
- A new section was added after the gray box that informs households that their HEAP benefit amount was based on:
 - HRA records indicating that they do not pay for heat separately from their rent;
 - their status as CA and FS participants enabling them to receive the highest HEAP benefit;
 - whether the household paid for heat separately or not, if heat is paid separately, a HEAP payment of \$130 to \$800 is sent through the EBT.
- The legal authority language for the HEAP determination has been updated

HEAP 21 is an insert that is sent to HEAP households that receive their benefit as a direct payment by check and was revised as follows:

- The benefit period in the title was changed to 2008–2009.
- The language on the insert has changed.

HEAP 23 is an insert that is mailed with a HEAP benefit check to HEAP-eligible households.

- The legal authority language for the HEAP determination has been updated.

HEAP 24 is an insert that is mailed with a HEAP benefit check to the energy vendor of HEAP-eligible households and was revised as follows:

- The period for the HEAP program was changed to 2008–2009.
- The second sentence in the second paragraph was removed.

HEAP HA29 SUA1 is a new form for HEAP households identified in the Autopay process who are eligible for HEAP benefits, but reside in subsidized housing or a congregate care facility.

- The form advises households of a one-time supplement benefit of \$1.00 to assist in meeting their household minimum indirect heating and/or utility costs. The receipt of a \$1.00 HEAP benefit entitles the household that receives FS to the highest SUA included in its budget calculation.
- The legal authority language for the HEAP determination is included.
- A section titled “HEAP Benefit Determination” advises the household to notify the Agency if a mistake by the Agency resulted in an error. The HEAP benefit is base on the following:
 - The participant resides in subsidized housing or a congregate care facility and has been determined to incur minimal indirect costs for heating.
 - The household’s heat is included in the rent. If heating costs is separate from the rent, the household may be eligible for a higher benefit, between \$130 and \$800.

Obsolete

HEAP 8 titled Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Credit to Your Account with Utility Company/fuel Vendor is now obsolete.

Job Center Directors and NCA FS Managers must ensure that all previous versions of these forms and their multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.

Samples of the revised 2008–2009 HEAP forms, the new HEAP **HA29 SUA1** form, **HEAP 6** Insert, and the obsolete **HEAP 8** form are attached.

Effective Immediately

Attachments:

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

- | | |
|---------------------|--|
| HEAP 6 | HEAP Program Notice for Heater Households (2008–2009) (Rev. 10/2/08) |
| HEAP 6 (S) | HEAP Program Notice for Heater Households (2008–2009) (Spanish) (Rev. 10/2/08) |
| HEAP 11A | Request for Energy/Fuel Supplier Information for HEAP Grant (Rev. 10/2/08) |
| HEAP 11A (S) | Request for Energy/Fuel Supplier Information for HEAP Grant (Rev. 10/2/08) |
| HEAP 14 | Notice of Direct Vendor HEAP Payment (Rev. 10/2/08) |

HEAP 18	Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Grant (2008–2009) (Rev. 10/2/08)
HEAP 18 (S)	Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Grant (2008–2009) (Spanish) (Rev. 10/2/08)
HEAP 21	Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Benefit for 2008–2009 (Rev. 10/2/08)
HEAP 21 (S)	Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Benefit for 2008–2009 (Spanish) (Rev. 10/2/08)
HEAP 23	HEAP Insert (Rev. 10/2/08)
HEAP 23 (S)	HEAP Insert (Spanish) (Rev. 10/2/08)
HEAP 24	Notice to Fuel/Utility Company of HEAP Payment (Rev. 10/2/08)
HEAP HA29 SUA1	Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Grant (2008–2009)
HEAP HA29 SUA1 (S)	Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Grant (2008–2009) (Spanish)
HEAP 6 (Insert)	(Insert) Conference and Fair Hearing Information Insert (Obsolete)
HEAP 6 (S) (Insert)	(Insert) Conference and Fair Hearing Information Insert (Spanish) (Obsolete)
HEAP 8	Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Credit to Your Account with Utility Company/fuel Vendor (Obsolete)
HEAP 8 (S)	Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Credit to Your Account with Utility Company/fuel Vendor (Spanish) (Obsolete)

The City of New York
Human Resources Administration
Home Energy Assistance Program
Post Office Box 1401 – Church Street Station
New York, New York 10008

Date: _____
Center: _____
Caseload: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Vendor: _____
Account Number: _____

HEAP Program Notice for Heater Households (2008–2009)

You have been approved for The Home Energy Assistance Program (HEAP). On your behalf, the Vendor, _____, will be paid \$ _____ as a credit to your account.

This letter is to provide you with an explanation about how we determined your eligibility and the amount of your benefit.

If you pay for heat directly with oil, kerosene or propane, your regular HEAP benefit is a fixed amount of \$ _____.

If your household pays directly for heat with a different heating source, your regular HEAP benefit is based on the following factors:

- Your household's gross monthly income and your household size;
- The presence of an individual who is under the age of 6, age 60 or older, or disabled;
- The percentage of your household's annual income that is spent on your annual energy costs.

This decision is based on New York Social Services Law § 97, 18 N.Y.C.R.R. Part 393, and the 2008–2009 New York State HEAP Plan, particularly the Regular Direct Heating Component Section. The HEAP Plan is available online at the New York State Office of Temporary and Disability Assistance web site at:

<http://www.otda.state.ny.us/main/heap/>

or, you can obtain a free copy of the New York State HEAP Plan by contacting:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Home Energy Assistance Program Bureau
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243
1-866-270-HEAP (4327)

I. Monthly 2008–2009 HEAP Income Eligibility Guidelines and Income Tiers

Federal rules require us to set income limits for income eligibility. Tier I and Tier II designations affect the amount of your benefit. Look at Table 1 titled Monthly Income Eligibility Guidelines (on **page 2** of this notice) to see if you are Tier I or Tier II. On Table 1, move down the left hand column called Household Size until you get to your household size. Then, with your monthly household income in mind, move across and see if your income falls within the Tier I limits or is greater than the Tier I limit, but within the Tier II limit.

NOTE: If your household contains at least one member who is in receipt of recurring Temporary Assistance benefit, Food Stamp benefit or SSI Code A benefit (living alone), your household is automatically a Tier I income household.

Table 1
Monthly Income Eligibility Guidelines* (2008–2009)

Household Size	Tier I	Tier II
1	1,127	1,128–1,963
2	1,517	1,518–2,567
3	1,907	1,908–3,172
4	2,297	2,298–3,776
5	2,687	2,688–4,380
6	3,077	3,078–4,984
7	3,467	3,468–5,097
8	3,857	3,858–5,210
9	4,247	4,248–5,324
10	4,637	4,638–5,437
11	5,027	5,028–5,800
11+	+390	+450

Households that pay separately for heat (heater household) and are a Tier I household have 2 points assigned to their benefit calculation. A Tier II household will have 1 point assigned to their benefit calculation. Each point is worth \$65.

II. 2008–2009 HEAP Statewide Annual Energy Cost Standard

1. Because you pay for heat separately, a part of your benefit is based on the yearly amount that you spend on energy costs. In calculating your energy costs, we used a standard amount from Table 2 titled Statewide Energy Cost Standard Primary Heat Source on **page 3** of this notice, unless you provided documented costs that are higher than the standard amount. To find the amount that we used, find the column listing your primary heat source and move down the chart to your household size.

2. Upon request, we will use your actual energy costs to calculate your HEAP benefit if your actual energy costs are higher than the standard amount of energy costs set forth in Table 2. We will only use your actual energy costs if it would result in a higher benefit to you **and** if you submit acceptable documentation of your actual energy costs for each of the last twelve (12) months prior to the date of this notice. Energy costs include costs for heating, cooking, hot water, and lights. Acceptable documentation includes: actual bills, printouts or statements from your vendor. If your Energy Burden Ratio listed on **page 4** of this notice is “30.1% and over,” you will not receive a larger HEAP benefit by documenting your actual energy costs.

If you want to document your actual energy costs, **within ten (10) business days of the date of this Notice:** (1) make a copy of this Notice; **and** (2) mail the copy of the Notice with the acceptable documentation to HRA at the address below:

The City of New York
Human Resources Administration
Home Energy Assistance Program
Post Office Box 1401 – Church Street Station
New York, New York 10008

If you have questions about documenting your actual energy costs, please call (212) 227-2784 for assistance.

HEAP (2008–2009) Heating Calculation Worksheet – Regular HEAP

Applicant's Name: _____ Case Number: _____ Date: _____

_____ Because your household pays for heat directly with oil, kerosene or propane, and you are categorically income eligible to receive HEAP benefits, your regular HEAP benefit is a fixed amount of:

\$ _____ Total Benefit

Income (See item I)

A. Monthly Income: \$ _____ B. Annual income: \$ _____

Annual Energy costs (See item II)

Calculation Method: Statewide Annual Energy costs Standard

Statewide Annual Energy cost Standard



Your household's primary heat is: _____

Your Household Size: _____

Your household's annual energy cost is listed below.

Primary Fuel Type (Annual Expenses)

**Table 2
Statewide Annual Energy Cost Standard Primary Fuel Type (2008–2009)**

Household Size	Oil, Kerosene, Propane	Natural Gas, Coal, Wood	Municipal Electric Heat	PSC Regulated Village of Greenport Electric Heat
1	4,955	2,957	590	2,293
2	5,393	3,201	656	2,494
3	5,831	3,445	723	2,681
4	6,268	3,689	791	2,982
5	6,706	3,932	858	3,302
6	7,143	4,176	926	3,628
7	7,581	4,420	992	3,955
8+	8,019	4,664	1,059	4,281

I. Energy Burden Ratio (Amount of households income is spent on energy, annually)

Divide the annual energy cost by annual income

$$\text{\$ } \frac{\text{Energy Cost}}{\text{Income}} = \text{\%}$$

**Mark the point
value for each
section**

check the appropriate range of energy burden ratio:

- _____ Up to 5.0% = 1 point
- _____ 5.1-10.0% = 3 points
- _____ 10.1-20.0% = 4 points
- _____ 20.1-30.0% = 5 points
- _____ 30.1% and over = 6 points

II. Vulnerable population. Your household contains someone:

- _____ Under the age of 6: _____ Age 60 or older: _____ Disabled = 1 point
- _____ None of the above = 0 points

III. Income Tier (See item I)

- _____ Tier I = 2 points
- _____ Tier II = 1 point

IV. Benefit

Total points from Sections I, II and III = _____ X \$65 per point = \$ _____ **Total Benefit**

Paid on Date: _____
(if applicable)

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION
SECTION OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

Right to a Conference: You may have a conference to review our decision on your HEAP benefit. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action. You may ask for a conference by calling (212) 227-2784. This is only for asking for a conference. It is not the way to request a Fair Hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a Fair Hearing. Read the following section for Fair Hearing information.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, by fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
(518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either:
14 Boerum Place, Brooklyn or **330 West 34th Street, 3rd Floor, Manhattan**
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case. If you have a disability, and cannot travel, you may appear through a representative, either a friend, relative or lawyer. If your representative is not a lawyer, or an employee of a lawyer, your representative must bring the Hearing Officer a written letter, signed by you, saying that you want that person to represent you. If, however, you have no representative available and wish to participate directly in the hearing, a telephone hearing may be scheduled for you. You will have to provide medical documentation that states you cannot travel to the regular hearing location. When you request a hearing, you should tell the interviewer or indicate in your letter or fax that you are disabled and want a telephone hearing. You will then be contacted about where to submit your medical documentation and about telephone hearing procedures.

LEGAL ASSISTANCE: If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(212) 227-2784**. 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.

FAIR HEARING REQUEST

Deadline: You have 60 days from the date of the notice to request a Fair Hearing.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

SAMPLE

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

The City of New York
Human Resources Administration
Home Energy Assistance Program
Post Office Box 1401 – Church Street Station
New York, New York 10008

Fecha: _____

Centro: _____

Unidad de Casos: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Compañía de Electricidad y/o
Gas: _____

Número de Cuenta: _____

Aviso del Programa HEAP para Hogares con Calentadores (2008–2009)

Usted ha sido aprobado para el Programa de Asistencia de Energía del Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP). A nombre suyo, la compañía, _____, recibirá un pago de \$ _____ como abono a su cuenta. Por la presente se le explica cómo determinamos su elegibilidad y la cantidad de su beneficio.

Si usted paga la calefacción de aceite, queroseno, o propano directamente, su beneficio normal de HEAP es una cantidad fija de \$ _____. Si su hogar paga directamente la calefacción de otra fuente, su beneficio normal de HEAP se base en los siguientes factores:

- El ingreso mensual bruto y el número de miembros de su hogar;
- Una persona en su hogar es menor de 6 años de edad, de 60 años o mayor, o incapacitada;
- El porcentaje del ingreso anual de su hogar que se gasta en costos de energía.

Esta decisión se basa en la Ley de Servicios Sociales de Nueva York § 97, 18 N.Y.C.R.R. Parte 393, y el Plan de HEAP del Estado de Nueva York del 2008–2009 (New York State HEAP Plan), particularmente la Sección del Componente de Calefacción Directa y Normal (Regular Direct Heating Component Section). El Plan HEAP está disponible en la página de Internet de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York: <http://www.otda.state.ny.us/main/heap/>

o, usted puede obtener una copia gratuita del Plan de HEAP Plan del Estado de Nueva York comunicándose con:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Home Energy Assistance Program Bureau
40 North Pearl Street; Albany, New York 12243
1-866-270-HEAP (4327)

I. Pautas de Elegibilidad de Ingreso Mensual de HEAP 2008–2009 y Niveles de Ingreso

Los reglamentos federales estipulan que fijemos límites de elegibilidad de ingreso. Las denominaciones Nivel I y Nivel II afectan la cantidad de su beneficio. Consulte la Tabla 1 titulada Pautas de Elegibilidad de Ingreso Mensual (en la **página 2** de este aviso) para constatar si usted se encuentra en el Nivel I o el Nivel II. En la Tabla 1, pase la vista por la columna a la izquierda denominada Tamaño del Hogar hasta que ubique el tamaño de su hogar. Tomando en cuenta el ingreso mensual de su hogar, pase la vista a la derecha y fíjese si su ingreso figura en los límites del Nivel I o es superior al límite de dicho Nivel, pero dentro del límite del Nivel II.

NOTA: Si su hogar consta de por lo menos un miembro que recibe beneficio recurrente de Asistencia Temporal, beneficio de Cupones para Alimentos o beneficio Código A de SSI (que vive sólo), su hogar es automáticamente un hogar de ingreso Nivel I.

Tabla 1
Pautas de Elegibilidad de Ingreso Mensual* (2008–2009)

Tamaño del Hogar	Nivel I	Nivel II
1	1,127	1,128–1,963
2	1,517	1,518–2,567
3	1,907	1,908–3,172
4	2,297	2,298–3,776
5	2,687	2,688–4,380
6	3,077	3,078–4,984
7	3,467	3,468–5,097
8	3,857	3,858–5,210
9	4,247	4,248–5,324
10	4,637	4,638–5,437
11	5,027	5,028–5,800
+11	+390	+450

Los hogares que pagan la calefacción por separado (hogares con calentador) y pertenecen al Nivel I tienen dos puntos asignados a su cálculo de beneficios. Los hogares del Nivel II tienen un punto asignado a su cálculo de beneficios. Cada punto vale \$65.

II. Estándar de Costo de Energía Anual Estatal de HEAP 2008-2009

1. Debido a que usted paga su calefacción por separado, parte de su beneficio se basa en la cantidad anual que gasta en costos de energía. Para calcular sus costos de energía, utilizamos una cantidad estándar de la Tabla 2 titulada Estándar de Costo de Energía Estatal de la Fuente de Calefacción Principal en la **página 3** de este aviso, a menos que usted proporcione los costos documentados que sean superiores a las cantidades estándar. Para ubicar la cantidad que nosotros utilizamos en la Tabla 2, busque la columna que indica su fuente de calefacción principal y la línea que indica el tamaño de su hogar.

2. Previa solicitud, nosotros utilizaremos sus costos reales de energía para calcular su beneficio de HEAP si sus costos reales de energía son superiores a la cantidad estándar de costos de energía que figuran en la Tabla 2. Sólo utilizaremos sus costos reales de energía si ello resultaría en un beneficio mayor para usted Y si usted presenta documentación aceptable de sus costos reales de energía de cada uno de los doce (12) meses anteriores a la fecha de este aviso. Los costos de energía incluyen costos para calefacción, la cocina, el agua caliente, y la luz. La documentación aceptable incluye: facturas, impresos o declaraciones por parte de su compañía. Si la Proporción de su Costo de Energía calculada en la **página 4** de este aviso es el “30.1% o más,” la documentación de sus costos reales de energía no resultará en un beneficio mayor de HEAP.

Si usted desea documentar sus costos reales de energía, **dentro de ten (10) días laborables de la fecha de este Aviso:** (1) sáquele una copia a este aviso; Y (2) envíe por correo la copia del Aviso con la documentación aceptable a la dirección de HRA más abajo:

The City of New York
Human Resources Administration
Home Energy Assistance Program
Post Office Box 1401 – Church Street Station
New York, New York 10008

Si tiene preguntas sobre la documentación de sus costos reales de energía, favor de llamar al (212) 227-2784.

HEAP (2008–2009) Hoja de Cálculos – HEAP Normal

Nombre del Solicitante: _____ Número del Caso: _____ Fecha: _____

_____ Debido a que su hogar paga directamente la calefacción de aceite, queroseno o propano, y usted es categóricamente elegible respecto a ingreso para recibir beneficios de HEAP, su beneficio normal de HEAP es una cantidad fija de: \$ _____ Beneficio Total

Ingreso (Vea la sección I)

A. Ingreso Mensual: \$ _____ B. Ingreso Anual: \$ _____

Costos de Energía Anuales (Vea la sección II)

Método de Cálculo: Estándar de Costo de Energía Anual Estatal

Estándar de Costo de Energía Anual Estatal

El tipo de calefacción principal de su hogar es: _____

El Tamaño de su Hogar: _____

El costo anual de energía de su hogar se lista más abajo.
Tipo de Combustible Principal (Gastos Anuales)

Tabla 2

**Estándar del Costo Anual de Energía Estatal del Tipo Principal
de Combustible Principal
(2008 – 2009)**

Tamaño del Hogar	Aceite, Queroseno, Propano	Gas Natural, Carbón, Madera	Calefacción Eléctrica Municipal	Calefacción Eléctrica del Pueblo de Greenport Regulada por PSC
1	4,955	2,957	590	2,293
2	5,393	3,201	656	2,494
3	5,831	3,445	723	2,681
4	6,268	3,689	791	2,982
5	6,706	3,932	858	3,302
6	7,143	4,176	926	3,628
7	7,581	4,420	992	3,955
8+	8,019	4,664	1,059	4,281

I. Proporción del Costo de Energía (Cantidad del ingreso del hogar que se gasta en energía al año)

Marque la cantidad de puntos de cada sección

Divida el costo anual de energía entre el ingreso anual

$$\text{\$ } \underline{\hspace{2cm}} \div \text{\$ } \underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}} \%$$

Costo de energía Ingreso Anual

marque la opción apropiada de la proporción del costo de energía:

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Hasta 5.0% = | 1 punto |
| <input type="checkbox"/> 5.1-10.0% = | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> 10.1-20.0% = | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> 20.1-30.0% = | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> 30.1% o más = | 6 puntos |



II. Población vulnerable. Su hogar consta de alguien:

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Menor de 6 años de edad: <input type="checkbox"/> De 60 años de edad o mayor: | |
| <input type="checkbox"/> Incapacitado = | 1 punto |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de las categorías más arriba= | 0 puntos |

III. Nivel de Ingreso (Vea la sección I)

- | | |
|-------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Nivel I = | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Nivel II = | 1 punto |

IV. Beneficio

Puntos totales de las Secciones I, II, III = X \$65 por punto = \$ **Beneficio Total**

Fecha del Pago: _____
(si corresponde)

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIA IMPARCIALES
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

Adjunto de Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Derecho a una Conferencia: Usted puede repasar nuestra decisión sobre sus beneficios HEAP. Si desea una conferencia, debe solicitarla lo antes posible. Si durante la conferencia determinamos que hemos tomado una decisión incorrecta, o si cambiamos nuestra decisión basándonos en los datos que usted nos proporcionó, actuaremos con una medida rectificativa. Usted puede pedir una conferencia llamando al (212) 227-2784 cuyo uso es exclusivamente para conferencias y no para una Audiencia Imparcial. Si usted pide una conferencia aún tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Lea a continuación la información sobre la Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

- (1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al: **(518) 473-6735**.
- (4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a una de las siguientes direcciones:
14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan
- (5) POR INTERNET:** Complete una solicitud electrónica, conectándose a:
<http://www.otda.state.ny.us/oaah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de la Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted tiene que proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso. Si usted está incapacitado, y no puede viajar, puede ser representado por otra persona, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, o empleado por un abogado, su representante tiene que traer al Oficial de la Audiencia una carta por escrito, firmada por usted, indicando que usted desea que esa persona lo represente. Si, no obstante, usted no tiene representante disponible y desea participar directamente en la audiencia, se le puede programar una audiencia telefónica. Usted tendrá que proporcionar documentación médica que indique que usted no puede viajar al local normal de la audiencia. Al solicitar una audiencia, debe decirle al entrevistador o indicar en su carta o fax que usted está incapacitado y desea una audiencia telefónica. Posteriormente se le avisará a dónde presentar su documentación médica y sobre los trámites de la audiencia telefónica.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, puede obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llame al **(800) 692-0557**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Usted tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una Audiencia Imparcial.

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

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

SAMPLE

Nombre en Letras de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____
Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Date: _____
Center: _____
Caseload: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Vendor: _____
Account Number: _____

Request for Energy/Fuel Supplier Information for HEAP Grant

Our records indicate that you receive Cash Assistance benefits and that your household pays for energy/fuel for heating separately from your rent.

Our records also indicate that you are eligible for a grant under the Home Energy Assistance Program (HEAP) for the _____ heating season, to help you meet the high cost of energy/fuel for heating.

In order for this department to credit the _____ HEAP payment to your energy/fuel account, we are requesting that you provide the following information to us about your energy/fuel supplier. Please answer the questions below and return the entire letter in the enclosed envelope as soon as possible.

1. The name of my energy/fuel company is:

- Con Edison
- National Grid (formerly Keyspan)
- Long Island Power Authority
- Roosevelt Island Corporation
- Other: _____
(Write the name of your energy/fuel company)

2. The address of my energy/fuel company is:

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Energy vendor telephone number: _____

3. My account number is: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Centro: _____
Unidad de Casos: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Vendedor: _____
Número de Cuenta: _____

Solicitud de Datos del Proveedor de Energía/Combustible para Asignación de HEAP

Nuestros archivos indican que usted recibe beneficios de asistencia en efectivo y que su hogar paga la energía/combustible para calefacción además del alquiler.

Nuestros archivos indican que usted es elegible para un beneficio del Programa de Asistencia de Energía en el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP) para la temporada del _____, el cual le ayudará a cubrir el alto costo de energía/combustible para calefacción.

Para que este departamento le acredite su _____ pago de HEAP para el año a su cuenta, le solicitamos que proporcione la siguiente información sobre su proveedor de energía/combustible. Por favor responda las preguntas indicadas más abajo y devuélvanos esta carta completa en el sobre adjunto lo más pronto posible.

1. El nombre de mi compañía de energía/combustible es:

- Con Edison
- National Grid (anteriormente Keyspan Energy)
- Long Island Power Authority
- Roosevelt Island Corporation
- Otra: _____
(escriba el nombre de su compañía de energía/combustible)

2. La dirección de mi compañía de energía/combustible es:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono de la compañía de energía: _____

3. Mi número de cuenta es: _____

Firma: _____ Fecha: _____

NOTICE OF DIRECT VENDOR HEAP PAYMENT

(20__ - 20__)
SAMPLE

Date: _____

Participant's Last Name: _____ First Name: _____

Account Number: _____ Case Number: _____ Suffix: _____

Address: _____ Apt. Number: _____

Borough: _____ Zip Code: _____

The above named cash assistance participant has a heating fuel account with your company. This department is issuing a Home Energy Assistance Program (HEAP) 20__ - 20__ grant for this participant in the amount of \$_____ as a direct vendor payment to your company. These funds are to be applied to the above referenced account to reduce any outstanding balance and/or as credit for future purchases, in accordance with the uniform vendor agreement executed between your company and the New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA).

The utilization of these funds is pursuant to and in concert with the uniform vendor agreement referenced above and the terms and conditions contained therein.

The check must be cashed within 30 days.

If you have any questions regarding this payment, please call (212) 227-2807.

Date: _____
Center: _____
Caseload: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Vendor: _____
Account Number: _____

Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Grant (2008–2009)

Your household has been approved for a regular Home Energy Assistance Program (HEAP) benefit for the 2008–2009 program year in the amount of \$50.

This HEAP benefit is a one-time supplement to assist you in meeting your heat and/or utility costs. It is not intended to replace your personal payments. Therefore, you must continue to pay your energy bills. This HEAP benefit will either be sent to the vendor listed above, sent to you as a direct payment, or included as a cash payment in your EBT account in the month/year indicated in the upper right corner of this notice.

This payment must be accessed within ninety (90) days with your EBT card or it will be expunged. You can check your EBT account balance by calling (888) 323-6399. Be sure to get a receipt when accessing your EBT account.

Your HEAP benefit is based on the following information:

- (1) Our records show that you have heat included in your rent and do not pay for heat separately from your rent.
- (2) Because our records show that you are a Temporary Assistance or Food Stamp participant, you have received the highest HEAP benefit for a household which has heat included in your rent.

If You Do Pay For Heat Separately From Your Rent, You May Be Eligible For A Higher Benefit. The HEAP benefit for individuals who pay separately for fuel for heat can vary between \$130 and \$800. If you, or anyone who lives with you, pay directly for heating costs, your household may be eligible for this higher HEAP benefit, but you must apply promptly for the higher HEAP benefit by submitting an application which may be obtained by calling toll-free (877) HRA-8411 or (212) 227-2784.

This decision is based on New York Social Services Law § 97, 18 N.Y.C.R.R. Part 393, and the 2008–2009 New York State HEAP Plan. The HEAP Plan is available online at the New York State Office of Temporary and Disability Assistance web site at:

<http://www.otda.state.ny.us/main/heap/>

Or you can obtain a free copy of the HEAP State Plan by contacting:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Home Energy Assistance Program Bureau
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

Or by calling, toll-free 866-270-HEAP (4327)

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION
SECTION OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

Right to a Conference: You may have a conference to review our decision on your HEAP benefit. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action. You may ask for a conference by calling (212) 227-2784. This is only for asking for a conference. It is not the way to request a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing. Read the following section for Fair Hearing Information.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, by fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
Office of Administrative Hearing
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
(518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either: **14 Boerum Place, Brooklyn** or **330 West 34th Street, 3rd Floor, Manhattan**.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case. If you are a person with a disability, and cannot travel, you may appear through a representative, either a friend, relative or lawyer. If your representative is not a lawyer, or an employee of a lawyer, your representative must bring the Hearing Officer a written letter, signed by you, saying that you want that person to represent you. If, however, you have no representative available and wish to participate directly in the hearing, a telephone hearing may be scheduled for you. You will have to provide medical documentation that states you cannot travel to the regular hearing location. When you request a hearing, you should tell the interviewer or indicate in your letter or fax that you are a person with a disability and want a telephone hearing. You will then be contacted about where to submit your medical documentation and about telephone hearing procedures.

LEGAL ASSISTANCE

If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers"

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

FAIR HEARING REQUEST

Deadline: You have 60 days from the date of this notice to request a Fair Hearing.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

SAMPLE

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____
Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Centro: _____
Unidad de Casos: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Compañía de Energía y/o Gas: _____
Número de Cuenta: _____

Aviso de Concesión del Programa de Asistencia de Energía del Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP) (2008-2009)

Su hogar ha sido aprobado para recibir un beneficio de \$50 del Programa de Asistencia de Energía Domiciliaria (HEAP) durante el período 2008-2009.

Este beneficio de HEAP es un solo pago suplementario para asistirle con sus gastos de calefacción, electricidad y/o gas. Dicho pago no reemplaza sus pagos personales por lo cual usted tiene que seguir pagando sus facturas de energía. Este beneficio del programa HEAP será enviado a la compañía indicada más arriba, enviado a usted como pago directo, o incluido como pago en efectivo en su cuenta de EBT del mes/año indicados en la parte superior derecha de este aviso.

Usted tiene que obtener acceso as este pago con su tarjeta de EBT dentro de 90 días. De lo contrario la cantidad será eliminada. Usted puede verificar el balance de su cuenta de EBT llamando al (888) 328-6399. Asegúrese de obtener su recibo al ingresar a su cuenta de EBT.

Su beneficio de HEAP se basa en la siguiente información:

(1) Nuestros archivos indican que su alquiler incluye la calefacción y usted no paga calefacción por separado.

(2) Dado que nuestros archivos indican que usted recibe Asistencia Temporal o Cupones para Alimentos, usted ha recibido el beneficio máximo del programa HEAP para un hogar que tiene la calefacción incluida en el alquiler.

Si Usted Paga La Calefacción Aparte Del Alquiler, Puede Que Sea Elegible Para Una Cantidad De Beneficio Más Alta. El beneficio HEAP para aquellas personas que paguen su combustible o calefacción por separado puede variar entre los \$130 y \$800. Si usted u otro miembro de su hogar paga los gastos de calefacción directamente, su hogar puede ser elegible para recibir un beneficio HEAP mas alto pero tiene que presentar una solicitud para el mismo lo más pronto posible. Usted puede obtener dicha solicitud al llamar sin cargo al (877) HRA-8411 o al (212) 227-2784.

Esta decisión se basa en la Ley de Servicios Sociales § 97, 18 N.Y.C.R.R. Parte 393, y el Plan HEAP del 2008-2009 del Estado de Nueva York. El Plan HEAP está disponible en la página de Internet de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York en: <http://www.otda.state.ny.us/main/heap/>

O puede obtener una copia gratuita del Plan Estatal de HEAP comunicándose con:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Home Energy Assistance Program Bureau
40 North Pearl Street; Albany, New York 12243
O llame sin cargo al 1-866-270-HEAP (4327)

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Derecho a una Conferencia: Usted puede repasar nuestra decisión sobre sus beneficios HEAP. Si desea una conferencia, debe solicitarla lo antes posible. Si durante la conferencia determinamos que hemos tomado una decisión incorrecta, o si cambiamos nuestra decisión basándonos en los datos que usted nos proporcionó, actuaremos con una medida rectificativa. Usted puede pedir una conferencia llamando al (212) 227-2784 cuyo uso es exclusivamente para conferencias y no para una Audiencia Imparcial. Si usted pide una conferencia aún tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Lea a continuación la información sobre la Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

- (1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:
14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan
- (5) POR INTERNET:** Complete una solicitud electrónica conectándose a:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de la Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso. Si usted está incapacitado, y no puede viajar, puede ser representado por otra persona, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, o empleado por un abogado, su representante tiene que traer al Oficial de la Audiencia una carta por escrito, firmada por usted, indicando que usted desea que esa persona lo represente. Si, no obstante, usted no tiene representante disponible y desea participar directamente en la audiencia, se le puede programar una audiencia telefónica. Usted tendrá que proporcionar documentación médica que indique que usted no puede viajar al local normal de la audiencia. Al solicitar una audiencia, debe decirle al entrevistador o indicar en su carta o fax que usted está incapacitado y desea una audiencia telefónica. Posteriormente se le avisará a dónde presentar su documentación médica y sobre los trámites de la audiencia telefónica.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Usted tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una Audiencia Imparcial.

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

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

SAMPLE

Nombre en Letras de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido
Dirección: _____ Teléfono: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Benefit for 2008—2009

Your household has been approved for a regular Home Energy Assistance Program (HEAP) benefit for the 2008—09 program year. This HEAP benefit is being paid to you through the enclosed check. **This HEAP benefit is a one time supplement to assist you in meeting your heat and/or utility costs. It is not intended to replace your personal payments. Therefore, you must continue to pay your energy bills.**

Your HEAP benefit is based on the following information:

- (1) Our records show that you have heat included in your rent and do not pay for heat separately from your rent.**
- (2) Because our records show that you are a Temporary Assistance, Food Stamp or Supplemental Security Income recipient, you have received the highest HEAP benefit for a household which has heat included in your rent.**

If You Do Pay For Heat Separately From Your Rent, You May Be Eligible For A Higher Benefit. The HEAP benefit for individuals who pay separately for fuel for heat can vary between \$130 and \$800. If you, or anyone who lives with you, pay directly for heating costs, your household may be eligible for this higher HEAP benefit, but you must apply promptly for the higher HEAP benefit by submitting an application which may be obtained by calling toll free (877) HRA-8411 or (212) 227-2784. This decision is based on New York Social Services Law § 97, 18 N.Y.C.R.R. Part 393, and the 2008—2009 New York State HEAP Plan. The HEAP Plan is available online at the New York State Office of Temporary and Disability Assistance web site at: <http://www.otda.state.ny.us/main/heap/>, or you can obtain a free copy of the HEAP State Plan by contacting:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Home Energy Assistance Program Bureau
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243
Or by calling, toll-free 866-270-HEAP (#327)

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

Right to a Conference: You may have a conference to review our decision on your HEAP benefit. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action. You may ask for a conference by calling (212) 227-2784. This is only for asking for a conference. It is not the way to request a Fair Hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a Fair Hearing. Read the following section for Fair Hearing information.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, by fax, in person or online.

- (1) TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
(518) 473-6735.
- (4) IN PERSON** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either:
14 Boerum Place, Brooklyn or **330 West 34th Street, 3rd Floor, Manhattan**.
- (5) ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case. If you are a person with a disability, and cannot travel, you may appear through a representative, either a friend, relative or lawyer. If your representative is not a lawyer, or an employee of a lawyer, your representative must bring the Hearing Officer a written letter, signed by you, saying that you want that person to represent you. If, however, you have no representative available and wish to participate directly in the hearing, a telephone hearing may be scheduled for you. You will have to provide medical documentation that states you cannot travel to the regular hearing location. When you request a hearing, you should tell the interviewer or indicate in your letter or fax that you are a person with a disability and want a telephone hearing. You will then be contacted about where to submit your medical documentation and about telephone hearing procedures.

LEGAL ASSISTANCE

If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS

To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

FAIR HEARING REQUEST

Deadline: You have 60 days from the date of this notice to request a Fair Hearing.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Aviso Sobre Beneficio de Asistencia de Energía Domiciliaria (Home Energy Assistance Program – HEAP) del 2008–2009

Su hogar ha sido aprobado para un beneficio normal del Programa de Asistencia de Energía Domiciliaria (Home Energy Assistance Program – HEAP) para el año 2008–09. Este beneficio de HEAP se le está pagando mediante le cheque adjunto. **Este beneficio de HEAP es un complemento de una sola vez para ayudarle a cubrir sus costos de calefacción y/o electricidad y gas. No es para reemplazar sus pagos personales. Por lo tanto, usted tiene que seguir pagando sus facturas de energía**

Su beneficio de HEAP se basa en la siguiente información:

- (1) Nuestros archivos indican que la calefacción es parte de su alquiler y que usted no paga la calefacción aparte de su renta.
- (2) Puesto que nuestros archivos indican que usted es beneficiarios de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos o Ingreso Suplemental de Seguridad, usted ha recibido el beneficio mayor de HEAP para un hogar que tiene la calefacción de su alquiler.

Si Usted Paga la Calefacción Aparte de su Alquiler, Puede ser Elegible para un Beneficio Mayor. El beneficio de HEAP para las personas que pagan el combustible el calefacción por separado puede variar \$130 y \$800. Si usted, o cualquier persona que viva con usted, paga directamente los pagos de calefacción, su hogar puede ser elegible para este beneficio de HEAP mayor, pero tiene que solicitar sin demora el beneficio HEAP mayor presentando una solicitud que se puede obtener llamando al número gratuito (877) HRA-8411 o (212) 227-2784. Esta decisión se basa en la Ley de Servicios Sociales de Nueva York § 97, 18 N.Y.C.R.R. Part 393, y el Plan de HEAP de 2008–2009 del Estado de Nueva York. El Plan HEAP está disponible en la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados en la página de Internet: <http://www.otda.state.ny.us/mail/heap/>, o puede obtener una copia gratuita del Plan Estatal de HEAP comunicándose con:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Home Energy Assistance Program Bureau
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243
O llame al número gratuito 866-270-HEAP (4327)

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Derecho a una Conferencia: Usted puede repasar nuestra decisión sobre sus beneficios HEAP. Si desea una conferencia, debe solicitarla lo antes posible. Si durante la conferencia determinamos que hemos tomado una decisión incorrecta, o si cambiamos nuestra decisión basándonos en los datos que usted nos proporcionó, actuaremos con una medida rectificativa. Usted puede pedir una conferencia llamando al (212) 227-2784 cuyo uso es exclusivamente para conferencias y no para una Audiencia Imparcial. Si usted pide una conferencia aun tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Lea a continuación la información sobre la Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:
14 Boerum Place, Brooklyn o **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de la Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarlo a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso. Si usted está incapacitado, y no puede viajar, puede ser representado por otra persona, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, o empleado por un abogado, su representante tiene que traer al Oficial de la Audiencia una carta por escrito, firmada por usted, indicando que usted desea que esa persona lo represente. Si, no obstante, usted no tiene representante disponible y desea participar directamente en la audiencia, se le puede programar una audiencia telefónica. Usted tendrá que proporcionar documentación médica que indique que usted no puede viajar al local normal de la audiencia. Al solicitar una audiencia, debe decirle al entrevistador o indicar en su carta o fax que usted está incapacitado y desea una audiencia telefónica. Posteriormente se le avisará a dónde presentar su documentación médica y sobre los trámites de la audiencia telefónica.

ASISTENCIA LEGAL

Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS

Para ayudarlo a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstos se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Usted tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una Audiencia Imparcial.

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

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

Nombre en Letra de Molde: _____ Número del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____



The enclosed check represents your 2008-2009 Home Energy Assistance Program (HEAP) benefit. It is intended to help you meet the high costs of fuel and other energy-related needs. If you pay directly for heat and/or utilities, this check must be applied to your fuel and/or utility bill. You have received, or will receive shortly, a Notice explaining how this HEAP benefit was determined and providing you with additional information about the HEAP Program. **This HEAP benefit is a one time supplement to assist you in meeting your heat and/or utility costs. It is not intended to replace your personal payments. Therefore, you must continue to pay your energy bills.** If the issuance code on your check is **84, 88 or 98**, it represents your regular HEAP grant. If the issuance code is **96**, it means the payment is being issued as a result of a Fair Hearing or administrative error. If the issuance code is **97**, this is a HEAP replacement check.

This decision is based on New York Social Services Law § 97, 18 N.Y.C.R.R. Part 393, and the 2008-2009 New York State HEAP Plan. You can obtain a free copy of the HEAP State Plan by contacting: New York State Office of Temporary and Disability Assistance, Home Energy Assistance Program Bureau, 40 North Pearl Street; Albany, New York 12243, or by calling, toll free 1-866-270-HEAP (4327). If you believe this payment is incorrect, you may have your case reviewed by calling (212) 227-2784. You may also request a Fair Hearing by calling the State Office of Temporary and Disability Assistance at: (800) 342-3334 or writing to them at: Office of Temporary and Disability Assistance, Energy Fair Hearing Section, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201-1930. If you request a hearing, you have the right to be represented by an attorney or other person of your choice. Community legal offices may be available to assist you. Following your request, a notice will be sent to you, informing you of the time and place of the hearing.



The enclosed check represents your 2008-2009 Home Energy Assistance Program (HEAP) benefit. It is intended to help you meet the high costs of fuel and other energy-related needs. If you pay directly for heat and/or utilities, this check must be applied to your fuel and/or utility bill. You have received, or will receive shortly, a Notice explaining how this HEAP benefit was determined and providing you with additional information about the HEAP Program. **This HEAP benefit is a one time supplement to assist you in meeting your heat and/or utility costs. It is not intended to replace your personal payments. Therefore, you must continue to pay your energy bills.** If the issuance code on your check is **84, 88 or 98**, it represents your regular HEAP grant. If the issuance code is **96**, it means the payment is being issued as a result of a Fair Hearing or administrative error. If the issuance code is **97**, this is a HEAP replacement check.

This decision is based on New York Social Services Law § 97, 18 N.Y.C.R.R. Part 393, and the 2008-2009 New York State HEAP Plan. You can obtain a free copy of the HEAP State Plan by contacting: New York State Office of Temporary and Disability Assistance, Home Energy Assistance Program Bureau, 40 North Pearl Street; Albany, New York 12243, or by calling, toll free 1-866-270-HEAP (4327). If you believe this payment is incorrect, you may have your case reviewed by calling (212) 227-2784. You may also request a Fair Hearing by calling the State Office of Temporary and Disability Assistance at: (800) 342-3334 or writing to them at: Office of Temporary and Disability Assistance, Energy Fair Hearing Section, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201-1930. If you request a hearing, you have the right to be represented by an attorney or other person of your choice. Community legal offices may be available to assist you. Following your request, a notice will be sent to you, informing you of the time and place of the hearing.



The enclosed check represents your 2008-2009 Home Energy Assistance Program (HEAP) benefit. It is intended to help you meet the high costs of fuel and other energy-related needs. If you pay directly for heat and/or utilities, this check must be applied to your fuel and/or utility bill. You have received, or will receive shortly, a Notice explaining how this HEAP benefit was determined and providing you with additional information about the HEAP Program. **This HEAP benefit is a one time supplement to assist you in meeting your heat and/or utility costs. It is not intended to replace your personal payments. Therefore, you must continue to pay your energy bills.** If the issuance code on your check is **84, 88 or 98**, it represents your regular HEAP grant. If the issuance code is **96**, it means the payment is being issued as a result of a Fair Hearing or administrative error. If the issuance code is **97**, this is a HEAP replacement check.

This decision is based on New York Social Services Law § 97, 18 N.Y.C.R.R. Part 393, and the 2008-2009 New York State HEAP Plan. You can obtain a free copy of the HEAP State Plan by contacting: New York State Office of Temporary and Disability Assistance, Home Energy Assistance Program Bureau, 40 North Pearl Street; Albany, New York 12243, or by calling, toll free 1-866-270-HEAP (4327). If you believe this payment is incorrect, you may have your case reviewed by calling (212) 227-2784. You may also request a Fair Hearing by calling the State Office of Temporary and Disability Assistance at: (800) 342-3334 or writing to them at: Office of Temporary and Disability Assistance, Energy Fair Hearing Section, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201-1930. If you request a hearing, you have the right to be represented by an attorney or other person of your choice. Community legal offices may be available to assist you. Following your request, a notice will be sent to you, informing you of the time and place of the hearing.

El cheque adjunto representa su beneficio del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP) del 2008–2009. El propósito de este cheque es ayudarlo a cubrir los altos costos de combustible y otras necesidades relacionadas con la energía. Si usted paga directamente por la calefacción y/o servicios de electricidad y/o gas, este cheque tiene que destinarse a su cuenta de combustible y/o servicios de electricidad y/o gas. **Este beneficio de HEAP es un suplemento que se otorga una sola vez para ayudarlo a cubrir sus costos de calefacción y/o electricidad y/o gas. El propósito de este cheque no es reemplazar sus pagos personales. Por lo tanto usted tiene que seguir pagando sus cuentas de energía.** Si el código de emisión en su cheque es **84, 88 o 98**, éste representa su concesión normal de HEAP. Si el código de emisión es **96**, esto significa que el pago está siendo emitido como resultado de una Audiencia Imparcial o un error administrativo. Si el código de emisión es **97**, el cheque es de reemplazo de HEAP.

Esta decisión se basa en la Ley de Servicios Sociales de Nueva York § 97, 18 N.Y.C.R.R. Parte 93 y el Plan de HEAP del Estado de Nueva York. Usted puede obtener una copia gratuita del Plan Estatal de HEAP comunicándose con: la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance), Oficina del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (Home Energy Assistance Program Bureau), 40 North Pearl Street; Albany, New York 12243, o llamando al 1-866-270-HEAP (4327). Si usted cree que este pago es incorrecto, puede hacer revisar su caso llamando al (212) 227-2784. También puede solicitar una Audiencia Imparcial llamando gratis a la State Office of Temporary and Disability Assistance al: (800) 342-3334 o escribiéndoles al Office of Temporary and Disability Assistance, Energy Fair Hearing Section, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201-1930. Si usted solicita una audiencia, tiene el derecho de ser representado por un abogado u otra persona que usted elija. Las oficinas legales de la comunidad pueden estar disponibles para asistirle. Como resultado de su solicitud, una notificación de Audiencia Imparcial le será enviada informándole la hora y el lugar de la audiencia.

El cheque adjunto representa su beneficio del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP) del 2008–2009. El propósito de este cheque es ayudarlo a cubrir los altos costos de combustible y otras necesidades relacionadas con la energía. Si usted paga directamente por la calefacción y/o servicios de electricidad y/o gas, este cheque tiene que destinarse a su cuenta de combustible y/o servicios de electricidad y/o gas. **Este beneficio de HEAP es un suplemento que se otorga una sola vez para ayudarlo a cubrir sus costos de calefacción y/o electricidad y/o gas. El propósito de este cheque no es reemplazar sus pagos personales. Por lo tanto usted tiene que seguir pagando sus cuentas de energía.** Si el código de emisión en su cheque es **84, 88 o 98**, éste representa su concesión normal de HEAP. Si el código de emisión es **96**, esto significa que el pago está siendo emitido como resultado de una Audiencia Imparcial o un error administrativo. Si el código de emisión es **97**, el cheque es de reemplazo de HEAP.

Esta decisión se basa en la Ley de Servicios Sociales de Nueva York § 97, 18 N.Y.C.R.R. Parte 93 y el Plan de HEAP del Estado de Nueva York. Usted puede obtener una copia gratuita del Plan Estatal de HEAP comunicándose con: la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance), Oficina del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (Home Energy Assistance Program Bureau), 40 North Pearl Street; Albany, New York 12243, o llamando al 1-866-270-HEAP (4327). Si usted cree que este pago es incorrecto, puede hacer revisar su caso llamando al (212) 227-2784. También puede solicitar una Audiencia Imparcial llamando gratis a la State Office of Temporary and Disability Assistance al: (800) 342-3334 o escribiéndoles al Office of Temporary and Disability Assistance, Energy Fair Hearing Section, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201-1930. Si usted solicita una audiencia, tiene el derecho de ser representado por un abogado u otra persona que usted elija. Las oficinas legales de la comunidad pueden estar disponibles para asistirle. Como resultado de su solicitud, una notificación de Audiencia Imparcial le será enviada informándole la hora y el lugar de la audiencia.

El cheque adjunto representa su beneficio del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP) del 2008–2009. El propósito de este cheque es ayudarlo a cubrir los altos costos de combustible y otras necesidades relacionadas con la energía. Si usted paga directamente por la calefacción y/o servicios de electricidad y/o gas, este cheque tiene que destinarse a su cuenta de combustible y/o servicios de electricidad y/o gas. **Este beneficio de HEAP es un suplemento que se otorga una sola vez para ayudarlo a cubrir sus costos de calefacción y/o electricidad y/o gas. El propósito de este cheque no es reemplazar sus pagos personales. Por lo tanto usted tiene que seguir pagando sus cuentas de energía.** Si el código de emisión en su cheque es **84, 88 o 98**, éste representa su concesión normal de HEAP. Si el código de emisión es **96**, esto significa que el pago está siendo emitido como resultado de una Audiencia Imparcial o un error administrativo. Si el código de emisión es **97**, el cheque es de reemplazo de HEAP.

Esta decisión se basa en la Ley de Servicios Sociales de Nueva York § 97, 18 N.Y.C.R.R. Parte 93 y el Plan de HEAP del Estado de Nueva York. Usted puede obtener una copia gratuita del Plan Estatal de HEAP comunicándose con: la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance), Oficina del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (Home Energy Assistance Program Bureau), 40 North Pearl Street; Albany, New York 12243, o llamando al 1-866-270-HEAP (4327). Si usted cree que este pago es incorrecto, puede hacer revisar su caso llamando al (212) 227-2784. También puede solicitar una Audiencia Imparcial llamando gratis a la State Office of Temporary and Disability Assistance al: (800) 342-3334 o escribiéndoles al Office of Temporary and Disability Assistance, Energy Fair Hearing Section, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201-1930. Si usted solicita una audiencia, tiene el derecho de ser representado por un abogado u otra persona que usted elija. Las oficinas legales de la comunidad pueden estar disponibles para asistirle. Como resultado de su solicitud, una notificación de Audiencia Imparcial le será enviada informándole la hora y el lugar de la audiencia.

Michael R. Bloomberg, Mayor
2008-2009 Home Energy Assistance Program (HEAP)
P.O. Box 1401 Church Street Station, New York, NY 10008 Tel: (800) 692-0557

Notice to Fuel/Utility Company of HEAP Payment

The enclosed HEAP payment, authorized by the Human Resources Administration, is to be applied to the fuel/utility account as indicated on the check.

If you have any questions concerning these HEAP payments, please call (212) 227-2807.

Michael R. Bloomberg, Mayor
2008-2009 Home Energy Assistance Program (HEAP)
P.O. Box 1401 Church Street Station, New York, NY 10008 Tel: (800) 692-0557

Notice to Fuel/Utility Company of HEAP Payment

The enclosed HEAP payment, authorized by the Human Resources Administration, is to be applied to the fuel/utility account as indicated on the check.

If you have any questions concerning these HEAP payments, please call (212) 227-2807.

Michael R. Bloomberg, Mayor
2008-2009 Home Energy Assistance Program (HEAP)
P.O. Box 1401 Church Street Station, New York, NY 10008 Tel: (800) 692-0557

Notice to Fuel/Utility Company of HEAP Payment

The enclosed HEAP payment, authorized by the Human Resources Administration, is to be applied to the fuel/utility account as indicated on the check.

If you have any questions concerning these HEAP payments, please call (212) 227-2807.

Date: _____
Center: _____
Caseload: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Vendor: _____
Account Number: _____

Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Grant (2008—2009)

Your household has been approved for a regular Home Energy Assistance Program (HEAP) benefit of \$1.00 for the 2008—2009 program year.

A regular benefit of \$1.00 has been authorized. **This benefit is a one-time supplement to assist you in meeting your minimum indirect heating and/or utility costs.** The receipt of a \$1.00 HEAP benefit entitles a household that receives Food Stamp benefits to have the highest Standard Utility Allowance (SUA) included in its budget calculation. The SUA is an allowance for heating and cooling which is added to the Food Stamp budget and may result in a higher Food Stamp benefit amount for the household.

If you are in receipt of Temporary Assistance or Food Stamp benefits, your HEAP benefit will be issued to you electronically. You can access your HEAP benefit using your Electronic Benefits Transfer (EBT) card and Personal Identification Number (PIN). Your HEAP benefit will be available when you access your cash account **after** the federal HEAP benefits funds have become available. This HEAP benefit will automatically expire 90 days from the date of issuance and can only be reissued if the request is made by September 30, 2009. If you are not in receipt of Temporary Assistance or Food Stamp benefits, you will receive this benefit as a payment by check.

This decision is based on New York Social Services Law § 97, 18 N.Y.C.R.R. Part 393 and the 2008—2009 New York State HEAP Plan. The HEAP Plan is available online at the New York State Office of Temporary and Disability Assistance web site at: <http://www.otda.state.ny.us/main/heap/>. Or you can obtain a free copy of the HEAP State Plan by contacting: New York State Office of Temporary and Disability Assistance, Home Energy Assistance Program Bureau, 40 North Pearl Street; Albany, New York 12243. Or by calling, toll-free 866-270-HEAP (4327)

HEAP Benefit Determination:

Check the information below and let us know if something is wrong. If there is a mistake, it could mean that the decision we made about your benefit is not correct. We based your regular HEAP benefit on the following information:

- You reside in subsidized housing or a congregate care facility and have been determined to incur minimal indirect costs for heating.
- Your heat is included in your rent. **If you do pay for heat separately from your rent, you may be eligible for a higher benefit.** The HEAP Grant for individuals who pay separately for fuel or heat can vary between \$130 and \$800. If you pay directly for heating costs, you may be eligible for this higher HEAP benefit, but you must apply promptly for the higher HEAP benefit by submitting an application which may be obtained by calling toll-free (877) HRA-8411 or (212) 227-2784.

Your application must be postmarked on or before the closing date for the regular HEAP benefit component for the current HEAP program. The program has closed as early as March 12th. Please check the OTDA web site at: www.otda.state.ny.us/main/heap/ for current information on program dates or call the HRA Infoline at (877) HRA-8411 or (800) 692-0557 for information. Once the program has closed, no benefits will be issued.

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION
SECTION OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

Right to a Conference: You may have a conference to review our decision on your HEAP benefit. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action. You may ask for a conference by calling (212) 227-2784. This is only for asking for a conference. It is not the way to request a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing. Read the following section for Fair Hearing information.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, by fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
(518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either:
14 Boerum Place, Brooklyn or **330 West 34th Street, 3rd Floor, Manhattan**
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case. If you are a person with a disability, and cannot travel, you may appear through a representative, either a friend, relative or lawyer. If your representative is not a lawyer, or an employee of a lawyer, your representative must bring the Hearing Officer a written letter, signed by you, saying that you want that person to represent you. If, however, you have no representative available and wish to participate directly in the hearing, a telephone hearing may be scheduled for you. You will have to provide medical documentation that states you cannot travel to the regular hearing location. When you request a hearing, you should tell the interviewer or indicate in your letter or fax that you are a person with a disability and want a telephone hearing. You will then be contacted about where to submit your medical documentation and about telephone hearing procedures.

LEGAL ASSISTANCE

If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS

To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

FAIR HEARING REQUEST

Deadline: You have 60 days from the date of this notice to request a Fair Hearing.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

SAMPLE

Print Name: _____ Case Number: _____

Name M.I. Last Name

Address: _____

Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Fecha: _____
Centro: _____
Unidad de Casos: _____
Número de Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Vendedor: _____
Nombre de la Cuenta: _____

Aviso de Concesión del Programa de Asistencia de Energía para le Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP) (2008–2009)

Su hogar ha sido aprobado para un beneficios normal de \$1.00 del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP) para el año 2008–2009.

Se ha autorizado un beneficio normal de HEAP de \$1.00. Este beneficio se otorga un sola vez como suplemento para ayudarle a cubrir sus costos mínimos indirectos de calefacción y/o electricidad y/o gas. El recibo de beneficio de HEAP de \$1.00 le da derecho al hogar que recibe beneficios de Cupones para Alimentos a que se incluya en su cálculo de presupuesto la mayor concesión normal de electricidad y/o gas (SUA). La SUA es una concesión para calefacción y climatización que se añade al presupuesto de Cupones para Alimentos y puede resultar en una cantidad mayor de beneficio para el hogar de Cupones para Alimentos.

Si usted recibe Asistencia Temporal o beneficios de Cupones para Alimentos, su beneficio de HEAP se le emitirá por la vía electrónica. Usted puede obtener acceso a su beneficio de HEAP mediante su tarjeta de Transferencia de Beneficios Electrónicos (EBT) y Número de Identificación Personal (PIN). Su beneficio de HEAP estará disponible al usted obtener acceso a su cuenta en efectivo **después** de que los fondos de beneficios federales de HEAP estén disponibles. Este beneficio de HEAP se vencerá automáticamente a los 90 días de la fecha de emisión y sólo puede ser reemplazado si se presenta solicitud para el 30 de septiembre, 2009. Si usted no recibe Asistencia Temporal o beneficios de Cupones para Alimentos, recibirá este beneficio como pago por cheque.

Esta decisión se basa en la Ley de Servicios Sociales de Nueva York (New York Social Services Law) § 97, 18 N.Y.C.R.R. Parte 393 y le Plan de HEAP del 2008–2009 del Estado de Nueva York. El Plan de HEAP está disponible en la página de Internet de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) en: <http://www.otda.state.ny.us/main/heap/>. O usted puede obtener una copia gratuita del Plan Estatal de HEAP comunicándose con: Office of Temporary and Disability Assistance, Home Energy Assistance Program Bureau, 40 North Pearl Street; Albany, New York 12243. O llamando al, número gratuito 866-270-HEAP (4327).

Determinación del Beneficio de HEAP:

Verifique la información más abajo y avísenos si algún dato está equivocado. Si hay un error, puede ser que la decisión que se tomó sobre sus beneficios no es correcta. Hemos basado su beneficio normal de HEAP en la siguiente información:

- Usted reside en vivienda subsidiada o en un local de cuidado colectivo y ha sido determinado que incurrir en gastos costos indirectos mínimos de calefacción.
- Su calefacción está incluida en su alquiler. **Si usted paga la calefacción aparte de su alquiler, puede ser elegible para un mayor beneficio.** La Concesión de HEAP para las personas que pagan el combustible o la calefacción por separado puede variar entre \$130 y \$800. Si usted paga los costos de calefacción directamente, puede ser elegible para este beneficio mayor de HEAP, pero tiene que presentar solicitud sin demora para el beneficio mayor de HEAP mediante una solicitud que se puede obtener llamando al número gratuito (877) HRA-8411 o (212) 227-2784.

Su solicitud tiene que llevar la estampilla de la oficina del correo anterior a la fecha de cierre del componente del beneficio normal de HEAP componente del actual programa de HEAP. Anteriormente el programa se ha cerrado ya para el 12 de marzo. Favor de verificar la página de Internet de OTDA en: www.otda.state.ny.us/main/heap/ para información actual sobre el calendario del programa o llame a la HRA Infoline al (877) HRA-8411 o (800) 692-0557 para información. Una vez que se cierre el programa no se emitirán beneficios.

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Derecho a una Conferencia: Usted puede repasar nuestra decisión sobre sus beneficios HEAP. Si desea una conferencia, debe solicitarla lo antes posible. Si durante la conferencia determinamos que hemos tomado una decisión incorrecta, o si cambiamos nuestra decisión basándonos en los datos que usted nos proporcionó, actuaremos con una medida rectificativa. Usted puede pedir una conferencia llamando al (212) 227-2784 cuyo uso es exclusivamente para conferencias y no para una Audiencia Imparcial. Si usted pide una conferencia aún tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Lea a continuación la información sobre la Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

- (1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:
14 Boerum Place, Brooklyn o **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**
- (5) POR INTERNET:** Complete una solicitud electrónica conectándose a:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de la Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso. Si usted está incapacitado, y no puede viajar, puede ser representado por otra persona, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, o empleado por un abogado, su representante tiene que traer al Oficial de la Audiencia una carta por escrito, firmada por usted, indicando que usted desea que esa persona lo represente. Si, no obstante, usted no tiene representante disponible y desea participar directamente en la audiencia, se le puede programar una audiencia telefónica. Usted tendrá que proporcionar documentación médica que indique que usted no puede viajar al local normal de la audiencia. Al solicitar una audiencia, debe decirle al entrevistador o indicar en su carta o fax que usted está incapacitado y desea una audiencia telefónica. Posteriormente se le avisará a dónde presentar su documentación médica y sobre los trámites de la audiencia telefónica.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Usted tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una Audiencia Imparcial. Si no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.

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

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

Nombre en Letras de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Conference and Fair Hearing Information Insert

CONFERENCE

Right to a Conference: You may have a conference to review our decision on your HEAP benefit. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action. You may ask for a conference by calling (212) 227-2784. This is only for asking for a conference. It is not the way to request a Fair Hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a Fair Hearing. Read the following section for Fair Hearing information.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, writing, fax, in person or online.

- (1) TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
(518) 473-6735.
- (4) IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either:
14 Boerum Place, Brooklyn or **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**
- (5) ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

LEGAL ASSISTANCE: If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

FAIR HEARING REQUEST

Deadline: You have 60 days from the date of the notice to request a Fair Hearing. However, in no event will a Fair Hearing request be accepted if made more than 105 days after we terminate receipt of applications for the program year.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

OBSOLETE

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____



Hoja de Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Derecho a una Conferencia: Usted puede repasar nuestra decisión sobre sus beneficios HEAP. Si desea una conferencia, debe solicitarla lo antes posible. Si durante la conferencia determinamos que hemos tomado una decisión incorrecta, o si cambiamos nuestra decisión basandonos en los datos que usted nos proporcionó, actuaremos con una medida rectificativa. Usted puede pedir una conferencia llamando al (212) 227-2784 cuyo uso es exclusivamente para conferencias y no para una Audiencia Imparcial. Si usted pide una conferencia aún tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Lea a continuación la información sobre la Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

- (1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:
14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan
- (5) POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de la Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Usted tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una Audiencia Imparcial. No obstante, bajo ninguna circunstancia se aceptará petición de Audiencia Imparcial solicitada 105 o más días después de vencido el plazo de recibimiento de solicitudes para el año correspondiente del programa.

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

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

OBSOLETE

Nombre en
Letras de
Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____
Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Hoja de Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Derecho a una Conferencia: Usted puede repasar nuestra decisión sobre sus beneficios HEAP. Si desea una conferencia, debe solicitarla lo antes posible. Si durante la conferencia determinamos que hemos tomado una decisión incorrecta, o si cambiamos nuestra decisión basandonos en los datos que usted nos proporcionó, actuaremos con una medida rectificativa. Usted puede pedir una conferencia llamando al (212) 227-2784 cuyo uso es exclusivamente para conferencias y no para una Audiencia Imparcial. Si usted pide una conferencia aún tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Lea a continuación la información sobre la Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

- (1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:
14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan
- (5) POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de la Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Usted tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una Audiencia Imparcial. No obstante, bajo ninguna circunstancia se aceptará petición de Audiencia Imparcial solicitada 105 o más días después de vencido el plazo de recibimiento de solicitudes para el año correspondiente del programa.

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

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

OBSOLETE

Nombre en
Letras de
Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____
Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Date: _____
Center: _____
Caseload: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Utility Company: _____
Account Number: _____

Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Credit to Your Account with Utility Company/Fuel Vendor

This notice is to inform you that we have determined that your household is eligible for a Home Energy Assistance Program (HEAP) grant. **This HEAP grant is being made available to households that received cash assistance as of THIS IS A ONE-TIME-ONLY GRANT.**

Households will be eligible for HEAP benefit amounts between \$120 and \$540.

We calculated your HEAP grant based on the Statewide Energy Cost formula, which includes the following criteria:

- Type of fuel you use
- Household size
- Household income
- Presence in household of young child(ren) under 6 and/or person(s) who is/are disabled or at least 60 years of age

We have arranged for your account with:

- Long Island Power Authority
- Keyspan Energy
- Con Edison
- Roosevelt Island Corporation
- Energy Service Company: _____
(Fuel Company)

to be credited in the amount of \$ _____.

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

Right to a Conference: You may have a conference to review our decision on your HEAP benefit. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action. You may ask for a conference by calling (212) 227-2784. This is only for asking for a conference. It is not the way to request a Fair Hearing. If you ask for a conference you are still entitled to a Fair Hearing. Read the following section for Fair Hearing information.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, writing, fax, in person or online.

- (1) TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
(518) 473-6735.
- (4) IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either:
14 Boerum Place, Brooklyn or **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**
- (5) ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

LEGAL ASSISTANCE: If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

FAIR HEARING REQUEST

Deadline: You have 60 days from the date of this notice to request a Fair Hearing. However, in no event will a Fair Hearing request be accepted if made more than 105 days after we terminate receipt of applications for the program year.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

OBSCOLETE

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____



Fecha: _____
Centro: _____
Unidad de Casos: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Compañía de
Energía y/o Gas: _____
Número de Cuenta: _____

**Aviso del Programa de Asistencia de Energía Domiciliaria
(Home Energy Assistance Program – HEAP) de Crédito a Cuenta
con la Compañía de Electricidad y/o Gas/Compañía de Combustible**

Nos dirigimos a usted para informarle de nuestra determinación de que su hogar reúne los requisitos para un subsidio del Programa de Asistencia de Energía Domiciliaria (HEAP). **Este subsidio HEAP estará disponible para los hogares que han recibido asistencia en efectivo desde _____ y SE OTORGA UNA SOLA VEZ.**

Los hogares tendrán derecho a cantidades de beneficios de HEAP entre \$120 y \$540.

Hemos calculado su subsidio de HEAP según la fórmula del Costo de Energía de Todo el Estado, la cual incluye los siguientes criterios:

- El tipo de combustible utilizado
- El tamaño de la familia
- Los ingresos del hogar
- La presencia en el hogar de niños pequeños (menores de 6 años) y/o de persona(s) incapacitada(s) o de por lo menos 60 años de edad

Hemos fijado el crédito a su cuenta con:

- Long Island Power Authority
 Keyspan Energy
 Con Edison
 Roosevelt Island Corporation
 Energy Services Company: _____
(Compañía de Combustible)

por la cantidad de \$ _____.

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Derecho a una Conferencia: Usted puede repasar nuestra decisión sobre sus beneficios HEAP. Si desea una conferencia, debe solicitarla lo antes posible. Si durante la conferencia determinamos que hemos tomado una decisión incorrecta, o si cambiamos nuestra decisión basándonos en los datos que usted nos proporcionó, actuaremos con una medida rectificativa. Usted puede pedir una conferencia llamando al (212) 227-2784 cuyo uso es exclusivamente para conferencias y no para una Audiencia Imparcial. Si usted pide una conferencia aún tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Lea a continuación la información sobre la Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

(1) POR TELÉFONO: Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando usted llame.)

(2) POR ESCRITO: Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Favor de guardar una copia para usted.)

(3) POR FAX: Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.

(4) EN PERSONA: Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y a Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:
14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan

(5) POR INTERNET Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Usted tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una Audiencia Imparcial. No obstante, bajo ninguna circunstancia se aceptará petición de Audiencia Imparcial solicitada 105 o más días después de vencido el plazo de recibimiento de solicitudes para el año correspondiente del programa.

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

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

OBSOLETE

Nombre en Letras de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Fecha: _____
Centro: _____
Unidad de Casos: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Compañía de
Energía y/o Gas: _____
Número de Cuenta: _____

**Aviso del Programa de Asistencia de Energía Domiciliaria
(Home Energy Assistance Program – HEAP) de Crédito a Cuenta
con la Compañía de Electricidad y/o Gas/Compañía de Combustible**

Nos dirigimos a usted para informarle de nuestra determinación de que su hogar reúne los requisitos para un subsidio del Programa de Asistencia de Energía Domiciliaria (HEAP). **Este subsidio HEAP estará disponible para los hogares que han recibido asistencia en efectivo desde _____ y SE OTORGA UNA SOLA VEZ.**

Los hogares tendrán derecho a cantidades de beneficios de HEAP entre \$120 y \$540.

Hemos calculado su subsidio de HEAP según la fórmula del Costo de Energía de Todo el Estado, la cual incluye los siguientes criterios:

- El tipo de combustible utilizado
- El tamaño de la familia
- Los ingresos del hogar
- La presencia en el hogar de niños pequeños (menores de 6 años) y/o de persona(s) incapacitada(s) o de por lo menos 60 años de edad

Hemos fijado el crédito a su cuenta con:

- Long Island Power Authority
 Keyspan Energy
 Con Edison
 Roosevelt Island Corporation
 Energy Services Company: _____
(Compañía de Combustible)

por la cantidad de \$ _____.

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Derecho a una Conferencia: Usted puede repasar nuestra decisión sobre sus beneficios HEAP. Si desea una conferencia, debe solicitarla lo antes posible. Si durante la conferencia determinamos que hemos tomado una decisión incorrecta, o si cambiamos nuestra decisión basándonos en los datos que usted nos proporcionó, actuaremos con una medida rectificativa. Usted puede pedir una conferencia llamando al (212) 227-2784 cuyo uso es exclusivamente para conferencias y no para una Audiencia Imparcial. Si usted pide una conferencia aún tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Lea a continuación la información sobre la Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

(1) POR TELÉFONO: Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando usted llame.)

(2) POR ESCRITO: Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Favor de guardar una copia para usted.)

(3) POR FAX: Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.

(4) EN PERSONA: Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y a Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:
14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan

(5) POR INTERNET Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Usted tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una Audiencia Imparcial. No obstante, bajo ninguna circunstancia se aceptará petición de Audiencia Imparcial solicitada 105 o más días después de vencido el plazo de recibimiento de solicitudes para el año correspondiente del programa.

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

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

OBSOLETE

Nombre en Letras de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____