



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 #08-22-OPE

(This Policy Bulletin Obsoletes PB #07-16-EMP and PB #07-124-EMP)

REVISION TO THE GRANT DIVERSION PROGRAM STATEMENT OF UNDERSTANDING FOR JOB TRAINING PROGRAM PARTICIPANTS (EXP-76G)

<p>Date: February 25, 2008</p>	<p>Subtopic(s): Employment, Forms</p>
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center staff of the revision to the Grant Diversion Program Statement of Understanding for Job Training Program Participants (EXP-76G) form. The following changes have been made to the EXP-76G:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Statement four has been revised to eliminate language about an exact amount of income that will be earned, as this information may differ for each participant. ▪ Statement six has been revised to read: “I am still required to keep all mandatory CA appointments (example: Face-to-face appointments). If I do not attend all mandatory appointments, my CA case may be affected. If I become ineligible for CA or my grant is reduced because of this or another reason, I may become ineligible to participate in the GDP/JTP.” <p>A sample of the form and its Spanish equivalent are attached.</p> <p>Center Directors must ensure that all previous versions of the EXP-76G and its multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.</p> <p><i>Effective Immediately</i></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*

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

Attachments:

EXP-76G

Grant Diversion Program Statement of Understanding for Job Training Program Participants (Rev. 2/25/08)

EXP-76G (S)

Grant Diversion Program Statement of Understanding for Job Training Program Participants (Spanish) (Rev. 2/25/08)

Grant Diversion Program Statement of Understanding for Job Training Program Participants

Participant's
Name:

First Name M.I. Last Name

Case
Number: _____

Telephone
Number: _____

Participant's
Address:

Address Line 1

Address Line 2

City State Zip Code

I understand that I have been enrolled in the Grant Diversion Program (GDP)/Job Training Program (JTP) for _____ months. The GDP/JTP provides subsidized earned income and on-the-job training. My participation in the GDP/JTP means that my Cash Assistance (CA) grant will be diverted to the employer in exchange for on-the-job training and a semimonthly salary.

I will be employed with the _____ . In connection with my participation in the GDP/JTP, I have been advised and agree that:

1. I am being referred for a job that will require some physical activity and I believe that I will be able to successfully complete my assigned tasks.
2. For purposes relating to work requirements, I shall be considered **employed full time**.
3. I am required to work a total of **40 hours** per week and I will be paid \$8.49 per hour. If I am unable to work the full 40 hours per week, my salary will be reduced to reflect only the hours I have worked.
4. Any income that is earned will be budgeted toward both my CA and Food Stamp (FS) Benefits. I am responsible for paying my own rent and transportation expenses. Any permanent changes in my earned income must be reported to my Job Center within ten (10) business days from the end of the month to request a supplement.
 - If I miss work because of a documented illness or other emergency beyond my control and my pay is reduced below the amount of my household needs, I may be eligible to receive a supplemental grant from Family Independence Administration (FIA). I must request a supplement at my assigned JTP Job Center Unit within ten (10) business days after the month of receipt of the reduced paycheck. I understand that in most cases, my earned semimonthly wages will exceed my CA grant. I also understand the FS program does not recognize temporary changes in income and, therefore, no supplemental FS will be issued for my absences.
 - I understand that if I am eligible, the amount of the supplemental grant will only be in the amount necessary to meet my household's needs and not the amount of the reduction of my paycheck.
5. I am required to attend ___ full day(s) or ___ hours of paid job search per week.
6. I am still required to keep all mandatory CA appointments (example: Face-to-Face appointments). If I do not attend all mandatory appointments, my CA case may be affected. If I become ineligible for CA or my grant is reduced because of this or another reason, I may become ineligible to participate in the GDP/JTP.
7. If as an eligibility requirement for CA I am mandated to attend a treatment program, I understand it will be my responsibility to attend the program during hours that will not affect my participation in the GDP/JTP.
8. My eligibility for medical assistance will not be affected during the period in which I am participating in the GDP/JTP.

- 9. In the event that I request a Fair Hearing and continuing aid because I disagree with the budgeting of my CA grant, my participation in the GDP/JTP will be terminated and, along with it, my salary, unless I withdraw my request for continuing aid.
- 10. Participation in a housing subsidy program will disqualify me from participation in the GDP/JTP.
- 11. If for any reason my subsidized employment with the GDP/JTP ends, I must notify my assigned JTP Job Center Unit within ten (10) business days of the termination.
- 12. I may be subject to reduction or termination of my CA and FS if without good cause, I:
 - Refuse an offer of permanent employment;
 - Voluntarily terminate employment; or
 - Bring about my own termination from employment.

If I willfully and without good cause refuse or fail to comply with a CA work activity, I will be subject to a reduction or termination of my CA in accordance with 18 NYCRR § 385.12.

I have read the Statement of Understanding for the Job Training Program. I understand and agree to comply with all of the requirements. I further understand that if I provide any false information or documentation related to my participation in the Job Training Program, I will be subject to penalties.



Participant's Signature

Date

If there are any problems with your case, such as a child care emergency or other emergency, or if you have any question regarding your CA budget, please call the JTP Job Center Unit at _____.

Programa de Reasignación de Concesión Declaración de Acuerdo de Participantes del Programa de Capacitación Laboral

Nombre del Participante: _____
Nombre I. Apellido

Número del Caso: _____
Número de Teléfono: _____

Dirección del Participante: _____
Línea de Dirección 1
Línea de Dirección 2
Ciudad Estado Código Postal

Yo entiendo que he sido inscrito en el Programa de Reasignación de Concesión (Grant Diversion Program – GDP)/Programa de Capacitación Laboral (Job Training Program – JTP) por _____ meses. El GDP/JTP provee empleo subsidiado y capacitación en el local de trabajo. Mi participación en el GDP significa que mi concesión de Asistencia en Efectivo será reasignada al empleador a cambio de capacitación en el local de trabajo y un salario quincenal.

Seré empleado por el _____. Con respecto a participación en el GDP/JTP, se me ha informado de que y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Se me está enviando a un trabajo que requerirá cierto grado de actividad física y estimo que yo lograré realizar a cabo satisfactoriamente las tareas que se me asignen.
2. En cuanto a requisitos de trabajo, seré considerado **empleado a tiempo completo**.
3. Se requiere que yo trabaje un total de **40 horas** a la semana y se me pagará \$8.49 la hora. Si no puedo trabajar las 40 horas completas a la semana, mi salario será reducido de acuerdo con las horas que haya trabajado.
4. Todo ingreso de trabajo será destinado al presupuesto de ambos mi concesión de Asistencia en Efectivo y mis Beneficios de Cupones para Alimentos. Tendré la responsabilidad de pagar mi propio alquiler y transporte. Cualquier cambio permanente en mis ingresos de trabajo tiene que ser reportado a mi Unidad del Centro de Trabajo (Job Center Unit) dentro de diez (10) días laborables a partir del fin del mes para poder solicitar un suplemento.
 - Si no asisto al trabajo debido a una enfermedad documentada u otra emergencia fuera de mi control, y mi sueldo se reduce a menos de la cantidad necesaria para cubrir mis gastos domésticos, puede ser que tenga derecho a recibir una concesión suplementaria de parte de FIA (Family Independence Administration). Debo solicitar un suplemento en la Unidad del Centro de Trabajo JTP que se me ha asignado dentro de diez (10) días laborables después del mes en que reciba mi cheque de paga reducido. Entiendo que en la mayoría de las situaciones, mi sueldo de trabajo quincenal excederá mi concesión de Asistencia en Efectivo. También tengo entendido que el programa de Cupones para Alimentos no reconoce los cambios temporarios de ingreso, por lo tanto, no se otorgarán concesiones suplementarias de Cupones para Alimentos en razón de mis ausencias.
 - Entiendo que si soy elegible, la cantidad de la concesión suplementaria sólo será la necesaria para satisfacer los gastos domésticos y no la cantidad reducida de mi cheque de paga.
5. Se requiere que yo participe por ____ día(s) completo o ____ horas a la semana en búsqueda de trabajo.
6. Aún se requiere que yo asista a todas las reuniones obligatorias de Asistencia en Efectivo (por ejemplo: citas en persona). Si no cumplo todas mis citas obligatorias, mi caso de Asistencia en Efectivo podría ser afectado. Si resulto inelegible para Asistencia en Efectivo o mi concesión se reduce por esta u otra razón, puedo perder mi elegibilidad para participar en el GDP/JTP.
7. Si como condición de elegibilidad para Asistencia en Efectivo se me requiere que asista a un programa de tratamiento, entiendo que seré responsable de asistir al programa durante horas que no afecten mi participación en el GDP/JTP.
8. Mi elegibilidad respecto a asistencia médica no será afectada durante el período en el cual yo participe en el GDP/JTP.

9. En caso de que yo solicite una Audiencia Imparcial y asistencia continua por estar en desacuerdo con el presupuesto de mi concesión de Asistencia en Efectivo, mi participación en el GDP/JTP, se terminará a la misma vez que mi salario, a menos que yo retire mi petición de asistencia continua.
10. La participación en un programa de vivienda subsidiada me descalificará de participar en el GDP/JTP.
11. Si por alguna razón mi empleo subsidiado con el GDP/JTP se termina, le dejaré saber a mi Unidad del Centro de Trabajo asignada JTP dentro de los diez (10) días laborables de haberse terminado el empleo.
12. Mi Asistencia en Efectivo y Cupones para Alimentos pueden ser reducidos o terminados si, sin motivo justificado yo:
 - Rechazo una oferta de empleo permanente;
 - Dejo el empleo voluntariamente; o
 - Causo la terminación de mi empleo.

Si yo rehúso cumplir o falto sin motivo justificado o intencionadamente a una actividad de trabajo de Asistencia en Efectivo, estaré sujeto a la reducción o terminación de mi Asistencia en Efectivo conforme a 18 NYCRR §385.12.

He leído la Declaración de Acuerdo para el Programa de Capacitación Laboral. Acuerdo y convengo cumplir todos los requisitos. Entiendo además que si proporciono información o documentación falsa respecto a mi participación el Programa de Capacitación Laboral, estaré sujeto a sanciones.

SAMPLE

Firma del Participante

Fecha

Si surge alguna dificultad con su caso de cuidado infantil u otra emergencia, o si tiene preguntas respecto al presupuesto de su Asistencia en Efectivo, por favor llame a la Unidad del Centro de Trabajo JTP al _____.