



**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 #08-39-OPE**

**MAILING TO PARTICIPANTS REGARDING A DUPLICATE PAYMENT**

<b>Date:</b> April 17, 2008	<b>Subtopic(s):</b> Duplicate Payments
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p> Please use Print on Demand to obtain copies of forms.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center staff of the Notice of Overpayment (<b>EXP-84T</b>) that will be mailed to participants who have received a duplicate payment of their recurring grant.</p> <p>The participant was issued a duplicate payment, in addition to a vendor payment that had been made on their behalf. The overpayment must be paid back to the Agency.</p> <p>If a participant calls the Job Center to inquire about the reduction of his or her grant, the Worker should inform him/her that it was the Agency's error, and that the recoupment is necessary to recover the amount issued.</p> <p>A recoupment is a reduction in the grant. The participant has a right to request a Fair Hearing on the validity and/or amount of the recoupment.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p><b>Reference:</b></p> <p><a href="#">18 NYCRR 352.31 (d)</a></p> <p><b>Attachments:</b></p> <p><b>EXP-84T</b> Notice of Overpayment  <b>EXP-84T (S)</b> Notice of Overpayment (Spanish)</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*

[ ]

[ ]

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Conference Number: \_\_\_\_\_

### NOTICE OF OVERPAYMENT

When you received your recurring grant on \_\_\_\_\_, you received more money than you were supposed to. We made a Vendor payment on your behalf and in addition issued you a duplicate payment. The amount of the overpayment is \$ \_\_\_\_\_. This overpayment **must** be paid back to this agency.

The regulation which allows us to do this is 18 NYCRR 352.31(d).

Your grant will be reduced by 10 percent (10%) of your household needs. If you have an existing recoupment at the maximum rate, no further reduction in your grant will be made until the current recoupment is completed.

If you are not receiving a grant, the reduction will start if you resume Cash Assistance.

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

---

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

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### STATE FAIR HEARING

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

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

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

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

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

**INFORMATION:** If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on **page 1** of this notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for cash assistance, medical assistance or social services issues and ninety (90) days for Food Stamp issues.

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

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

SAMPLE

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
Name M.I. Last Name

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

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

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

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

Número de Conferencia: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

## AVISO DE SOBREPAGO

Al usted recibir su concesión recurrente el \_\_\_\_\_, recibió más dinero de lo que le correspondía. Nosotros hicimos un pago de Contratista a nombre suyo y además le emitimos a usted un pago duplicado. La cantidad del sobrepago es \$ \_\_\_\_\_. Este sobrepago **tiene que** devolverse a esta agencia.

La regla que nos permite obrar de tal modo es 18 NYCRR 352.31(d).

Su concesión se reducirá al 10 por ciento (10%) de las necesidades de su hogar. Si usted tiene un reembolso existente correspondiente a la máxima tasa, no se efectuará reducción adicional a su concesión hasta que el reembolso actual esté completo.

Si usted no recibe concesión, la reducción se iniciará si usted reanuda su Asistencia en Efectivo (Cash Assistance).

Si usted cree que el reembolso correspondiente a esta tasa le causará privaciones excesivas a su familia, debe comunicarse con su Trabajador para explicarle sus razones. Una privación excesiva significa que la persona carece

del ingreso suficiente para comer, pagar por su albergue o servicios públicos, comprar ropa necesaria, comprar artículos de primera necesidad, o pagar las necesidades médicas que no estén cubiertas por la Asistencia Médica

(Medical Assistance). Su Trabajador le indicará qué tipo de pruebas usted necesitará para comprobar que el reembolso correspondiente a esta tasa causará privaciones excesivas. Si decidimos que el reembolso causará privaciones excesivas, la tasa del reembolso se cambiará a entre el 5 y 10 por ciento. La tasa del reembolso tiene

que ser de por lo menos de 5 por ciento. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 352.31(d).

---

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

**ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE DERECHOS RELATIVOS A SU ENTREVISTA/SOLICITUD DE BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS Y LA INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en **la primera página** de este aviso, o escríbanos a la dirección que también aparece en **la primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

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

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

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

**(4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y 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:** Llene 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 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. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

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

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Fecha Límite:** Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de Asistencia en Efectivo, asistencia médica o servicios sociales y noventa (90) días para asuntos de Cupones para Alimentos.

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: \_\_\_\_\_