



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 #08-68-OPE

NEW FOOD STAMP RECERTIFICATION NOTICE FOR F61 AND F63

<p>Date: June 19, 2008</p>	<p>Subtopic(s): Forms</p>				
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p> Please use Print on Demand to obtain copies of forms.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff at the Residential Treatment Food Stamp Center (F61) and the Homebound Food Stamp Center (F63) that the Food Stamp Recertification Notice (F61 and F63) (form W-140VV) has been developed for use at their locations.</p> <p>The Food Stamp Recertification Notice (F61 and F63) is to be manually completed by Workers in F61 and F63 Centers and mailed to Food Stamp households along with the Food Stamp Benefits Application/Recertification (LDSS-4826) in the month prior to the last month of the certification period.</p> <p>Form W-140VV informs participants that if they are residents of a group home and have a New York State Resource Agent, the Agent will file an application on their behalf. The New York State Resource Agent acts as the participant's authorized representative.</p> <p>Workers at F61 and F63 are reminded that even though the participant's application for recertification is submitted by mail, a telephone interview must still be conducted as part of the recertification process to establish continued eligibility.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p>Attachments:</p> <table data-bbox="477 1629 1437 1749"> <tr> <td>W-140VV</td> <td>Food Stamp Recertification Notice (F61 and F63)</td> </tr> <tr> <td>W-140VV (S)</td> <td>Food Stamp Recertification Notice (F61 and F63) (Spanish)</td> </tr> </table>	W-140VV	Food Stamp Recertification Notice (F61 and F63)	W-140VV (S)	Food Stamp Recertification Notice (F61 and F63) (Spanish)
W-140VV	Food Stamp Recertification Notice (F61 and F63)				
W-140VV (S)	Food Stamp Recertification Notice (F61 and F63) (Spanish)				

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: _____
Case Name: _____
Center Name/Number: _____
Telephone Number: _____
Fax Number: _____

Food Stamp Recertification Notice (F61 and F63)

Under Food Stamp Program rules, your Food Stamp benefits will expire on _____.
If you wish to continue to receive Food Stamp benefits, you must file a new application before your expiration date.

- Due to your current homebound status, your application will be processed by mail.
- If you are a resident of a group home and have a New York State Resource Agent, the Agent will file an application on your behalf. If your Agent files the application on your behalf, this notice will be for information only. If you do not have a Resource Agent, either you or your authorized representative must complete, sign and return the enclosed Application/Recertification (**LDSS-4826**). We have also enclosed the Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**) which explains the documentation requirements.

We must receive your application form by _____, to ensure that you receive uninterrupted Food Stamp benefits. The application should be as complete as possible, but we must accept it, if at a minimum, it contains your name, address and your signature.

Food Stamp regulations require that in addition to a signed application for Food Stamp benefits, applicants must submit various items of documentation. In addition to the Food Stamp Benefits Application/Recertification (**LDSS-4826**), we have enclosed the Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**) which explains the documentation requirements.

Failure to file an application for recertification and to submit required documentation will result in the delay and possible discontinuation of your Food Stamp benefits.

Please return this letter to us in the enclosed self-addressed envelope along with the following:

1. Completed and signed application (**LDSS-4826**)
2. Required documentation (photocopies advised) as indicated on Form **W-119D**
3. Your telephone number or the name and telephone number of an individual who will act as your authorized representative
Your telephone number _____ or
Name of authorized representative _____ and
Telephone number of authorized representative _____
4. The most convenient time for us to call you or your representative _____

**BE SURE TO READ YOUR INTERVIEW/APPLICATION RIGHTS FOR FOOD STAMP BENEFITS
AND THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION
SECTIONS OF THIS NOTICE.**

Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits

You have a right to:

- request that the Food Stamp in-office interview be waived in hardship situations. Hardship generally includes, but is not limited to, illness, transportation difficulties, care of a household member, hardship due to residency in a rural area, prolonged severe weather or work or training hours that prevent you from coming during regular office hours.
- ask for an application for Food Stamp benefits. This office must accept the application as long as it is signed and has a readable name (and address, if you have one).
- apply for Food Stamp benefits in person, by mail, fax or through an authorized representative. An interview may be required.

If all members of your household are now receiving Supplemental Security Income (SSI) or plan to apply for SSI, you may apply for Food Stamp benefits at the Social Security office instead of turning in your recertification form at the Food Stamp Office. If you choose to do this, the Social Security office must also get your application by the date noted at the top of page 3 in the Food Stamp Benefits section of this notice. They will interview you and send your application and supporting documents to the Food Stamp Office to see if you can still get Food Stamp benefits.

Services and Other Information

- Social services may provide information and education about family planning for up to 90 days from the effective date stated in this notice. A loss of Cash Assistance and medical assistance benefits will require a redetermination of your eligibility for social services within 30 days of such a decision. This does not necessarily mean that services will be terminated. It means that your continuing eligibility for these services will have to be redetermined. For further information, please contact your Worker.
- If you are getting Cash Assistance, medical assistance or Food Stamp benefits, you may be able to get a discount on your phone service. For information on LIFELINE, call Verizon toll-free at (800) 555-5000.
- Although you may no longer be eligible for Cash Assistance, Food Stamp benefits or medical assistance, you still may be eligible for assistance with your heating costs by applying for the Home Energy Assistance Program (HEAP). Information on HEAP can be obtained by calling HEAP Central at (800) 692-0557.

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 del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Nombre del Centro/Número: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Fax: _____

Aviso de Recertificación de Cupones para Alimentos (F61 y F63)

Conforme al las reglas del Programa de Cupones para Alimentos, sus beneficios de Cupones para Alimentos se vencerán el _____.

Si usted desea continuar recibiendo beneficios de Cupones para Alimentos, debe presentar una nueva solicitud antes de su fecha de vencimiento.

- Debido a su confinamiento actual al hogar, su solicitud se tramitará por correo.
- Si usted reside en un hogar en común y tiene un Asistente Administrativo del Estado de Nueva York, el Asistente presentará una solicitud a nombre suyo. Si su Asistente presenta la solicitud a nombre suyo, el presente aviso será sólo a título informativo. Si no tiene un Asistente Administrativo, usted o su representante autorizado debe llenar, firmar y devolver el adjunto Solicitud/Recertificación de Cupones Para Alimentos (**LDSS-4826-SP**). Además, hemos adjuntado la Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida (**W-119D [S]**) que explica los requisitos documentales.

Debemos recibir su formulario de solicitud para _____, para garantizar que usted siga recibiendo beneficios de Cupones para Alimentos ininterrumpidos. La solicitud debe llenarse lo completamente posible, pero nosotros debemos aceptarla, si como mínimo, contiene su nombre, dirección y firma.

Las reglas de Cupones para Alimentos estipulan que además de una solicitud firmada de beneficios de Cupones para Alimentos, los solicitantes deben presentar varios documentos. Además de la Solicitud/Recertificación de Cupones Para Alimentos (**LDSS-4826-SP**), hemos adjuntado la Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida (**W-119D [S]**) que explica los requisitos documentales.

El no presentar solicitud para recertificación y presentar los documentos estipulados, como debido, resultará en atraso y la posible discontinuación de sus beneficios de Cupones para Alimentos.

Favor de devolvernos esta carta en el sobre adjunto con dirección del remitente junto con lo siguiente:

1. Solicitud (**LDSS-4826-SP**) llenada y firmada.
2. Documentación requerida (se aconsejan fotocopias) como se indica en el Formulario **W-119D (S)**.
3. Su número de teléfono o el nombre y número de teléfono de una persona autorizada por usted para actuar como su representante
Su número de teléfono _____ o
Nombre del representante autorizado _____ y
Número de teléfono del representante autorizado _____
4. La hora más conveniente en que le podemos llamar a usted o su representante es _____

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.

Derechos Relativos a su Entrevista/Solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos

Usted tiene el derecho de:

- solicitar que se le excuse de la entrevista de Cupones para Alimentos en la oficina debido a dificultades. Normalmente esto incluye entre otros, enfermedad, dificultades con el transporte, cuidado de un miembro del hogar, domicilio en una zona rural, mal tiempo prolongado, horas de trabajo u horas de capacitación que le impidan acudir durante un horario normal de oficina.
- pedir una solicitud de beneficios de Cupones para Alimentos. Esta oficina tiene que aceptar la solicitud siempre y cuando esté firmada y contenga el nombre (y la dirección, si tiene) de manera legible(s).
- solicitar Beneficios de Cupones para Alimentos en persona, por correo, fax o a través de un representante autorizado. Puede que se requiera una entrevista.

Si todos los miembros de su hogar actualmente reciben el Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income – SSI) o tienen planes de solicitar SSI, usted puede solicitar beneficios de Cupones para Alimentos en la oficina del Seguro Social en vez de presentar su formulario de recertificación a la Oficina de Cupones para Alimentos. Si decide hacerlo de esta manera, la oficina de Seguro Social también tiene que recibir su solicitud antes de la fecha indicada en la parte superior de la página 3 de la sección de Cupones para Alimentos de este aviso. Ellos le entrevistarán y enviarán su solicitud con documentos correspondientes a la oficina de beneficios de Cupones para Alimentos para determinar si aún usted puede recibir beneficios de Cupones para Alimentos.

Servicios y Otras Informaciones

- La oficina de Servicios Sociales puede proporcionar información y educación sobre la planificación familiar por un período máximo de 90 días a partir de la fecha de vigencia indicada en este aviso. Si se pierden los beneficios de Asistencia en Efectivo y médica será necesario redeterminar su elegibilidad para servicios sociales dentro de 30 días de dicha decisión. Esto no necesariamente significa que estos servicios serán suspendidos, significa que su elegibilidad continua para estos servicios tendrá que ser determinada nuevamente. Favor de comunicarse con su Trabajador, para más información.
- Si usted recibe Asistencia en Efectivo, asistencia médica o beneficios de Cupones para Alimentos, tal vez pueda recibir un descuento en su servicio de teléfono. Llame gratuitamente a Verizon al (800) 555-5000, para más información sobre LIFELINE.
- Aunque ya no sea elegible para Asistencia en Efectivo, beneficios de Cupones para Alimentos o asistencia médica, usted aún puede ser elegible para asistencia con sus gastos de calefacción solicitando al Programa de Asistencia para Energía en el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP). Información sobre HEAP se puede obtener llamando a la Central de HEAP al (800) 692-0557.

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 escribanos 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:

Nombre en
Letras de
Molde: _____

Nombre

I.

Apellido

Núm. del Caso: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____

Fecha: _____