



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 #08-75-OPE

WITHDRAWING FOOD STAMP (FS) APPLICATIONS AT NCA FS CENTERS

| Date: June 25, 2008 | Subtopic(s): Food Stamps |
|--|--|
| <p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> | <p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff at Non-Cash Assistance (NCA) Food Stamp (FS) Centers of the proper procedure for withdrawing FS applications.</p> <p>When an applicant makes a request to withdraw his/her FS application, the application must be withdrawn in the Welfare Management System (WMS) and in the Paperless Office System (POS) (for NCA FS Centers using POS). To do this the Worker must:</p> <ul style="list-style-type: none"> • obtain the signature of the applicant on the Application/Recertification Form (LDSS-4826) Section 12 or have the applicant submit a signed statement requesting to withdraw his/her application. • In POS Centers, the Eligibility Specialist must also go to the Withdrawal window, select Withdraw the application, select the reason(s) for the withdrawal, click Next, and: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Go to the TAD Data Entry window and select Y94 (Client Request to Withdraw Application) from the drop down window and change the FS Status to RJ (Reject). ▪ Prepare the Notification of Application Withdrawal Cash Assistance, Food Stamps and Medical Assistance Form (M-3mm) in POS. ▪ Forward the case to the Supervisor for review and approval and once approved, POS will send the action to WMS to be rejected. |

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*

POS Withdrawal window

- In non-POS Centers, complete a paper Turnaround Document (**TAD**) as follows:
 - Enter **RJ** code in FS Status (Element **230**) and **Y94** in FS Reason (Element **231**), and
 - Forward to the Supervisor for review and approval. The Supervisor will forward it to Control for data entry.
- Complete the Notification of Application Withdrawal Cash Assistance, Food Stamps and Medical Assistance Form (**M-3mm**) and send it to the applicant.
- Scan and index the signed **LDSS-4826** and **M-3mm**.

In instances where an applicant walks out or refuses to complete the initial interview, or refuses to sign Section 12 (**LDSS-4826**), the Worker must reject the case using Reject Code **N10** (Failure to Keep/Complete Appointment).

Note: An applicant's signature on Form [LDSS-4826](#), or a signed statement is required to withdraw an application.

Reminders

Y94 can not be used to withdraw the case if expedited benefits have been issued.

If the FS applicant is receiving FS on another case in New York state and that case was filed before the New York City (NYC) case, reject the FS application using Reject Code **M98** (Duplicate Assistance, Non-AFIS, in NYS). If there is a duplicate FS application that was filed before the NYC application is realized through the Automated Finger Imaging System (AFIS), reject the FS application using Reject Code **M99** (Duplicate Assistance, AFIS, in NYS).


Form **M-3mm** has been revised to update the agency logo. A sample is attached.

Prior versions of Form **M-3mm** must be removed from circulation and recycled.

Effective Immediately

Attachments:

- M-3mm** Notification of Application Withdrawal (Cash Assistance, Food Stamps and Medical Assistance) (Rev. 6/25/08)
- M-3mm (S)** Notification of Application Withdrawal (Cash Assistance, Food Stamps and Medical Assistance) (Spanish) (Rev. 6/25/08)

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Caseload: _____
Center: _____
FH&C Telephone: _____

Notification of Application Withdrawal (Cash Assistance, Food Stamps and Medical Assistance)

The Agency's decision(s) on your application dated _____, is/are explained below, next to the checked box(es) .

Cash Assistance (Public Assistance)

You have withdrawn your application for Cash Assistance.

Food Stamps

You have withdrawn your application for Food Stamps.

Medical Assistance

You have withdrawn your application for Medical Assistance.

If you withdraw your application for Cash Assistance, Food Stamps, or Medical Assistance, you may reapply at any time for any program.

Your Right to a Fair Hearing

You have a right to a Fair Hearing even if you have agreed in writing that your application should be withdrawn but you feel that you were given incorrect or incomplete information about your eligibility for the covered program or service. See regulation 18 NYCRR § 358-3.1(b)(1).

If your situation is extremely serious, please explain your situation; the State will attempt to process your request for a Fair Hearing as quickly as possible. If you call to request a Fair Hearing, please be prepared to explain your situation to the person who answers the phone.

Authorized by

Date

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

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 ninety (90) days from the date of the notice 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

Address: _____
_____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Unidad de Casos: _____
Núm. de Tel. de FH&C: _____

Aviso de Retiro de la Solicitud (Asistencia en Efectivo, Cupones para Alimentos y Asistencia Médica)

La decisión(es) con respecto a su solicitud con fecha _____, se explica(n) más abajo, junto a la(s) casilla(s) marcada(s) .

Asistencia de Dinero en Efectivo (Asistencia Pública)

Usted ha retirado su solicitud de Asistencia en Efectivo.

Cupones para Alimentos

Usted ha retirado su solicitud de Cupones para Alimentos.

Asistencia Médica

Usted ha retirado su solicitud de Asistencia Médica.

Si usted retira su solicitud de Asistencia en Efectivo, Cupones para Alimentos o Asistencia Médica, puede volver a presentar su solicitud en cualquier momento para cualquiera de los programas.

Su Derecho a una Audiencia Imparcial

Usted tiene derecho a una Audiencia Imparcial aún si ha aceptado por escrito que su solicitud sea retirada, pero estima que le proporcionaron información incorrecta o incompleta sobre su elegibilidad respecto al programa o servicio cubierto. Vea la disposición reglamentaria 18 NYCRR § 358-3.1(b)(1).

Si su situación resulta extremadamente grave, favor de proporcionar detalles; el Estado intentará tramitar su solicitud de una Audiencia Imparcial lo más pronto posible. Si nos llama para pedir una Audiencia Imparcial, favor de estar listo para explicar su situación a la persona que conteste el teléfono. De igual forma explique su situación cuando escriba para solicitar una Audiencia Imparcial si lo decide e incluya una copia de este aviso.

Autorizado por

Fecha

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

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 escríbanos 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 pública y/o asistencia médica y noventa (90) días para asuntos Cupones para Alimentos.

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: _____ Case Number: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____
Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____