



# 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 #09-123-OPE

*(This Policy Bulletin Replaces PB #02-207-OPE, PB #03-05-OPE, PB #03-156-OPE, PB #04-187-OPE, PB #05-127-OPE, and PB #08-126-OPE)*

### REVISIONS OF HEAP FORMS FOR THE 2009–2010 HEAP SEASON

<b>Date:</b> November 6, 2009	<b>Subtopic(s):</b> 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 HEAP forms listed below have been updated to reflect the new grant/benefit year (2009-2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HEAP Program Notice for Heater Households (2009-2010) (<b>HEAP 6</b>)</li> <li>• Request for Home Energy Vendor Information for HEAP Grant (<b>HEAP 11A</b>)</li> <li>• Notice of Direct Vendor HEAP Payment (<b>HEAP 14</b>)</li> <li>• Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Grant (2009–2010) (<b>HEAP 18</b>)</li> <li>• Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Benefit for 2009-2010 (<b>HEAP 21</b>)</li> <li>• HEAP Insert (<b>HEAP 23</b>)</li> <li>• Notice to Home Energy Vendor of HEAP Payment (<b>HEAP 24</b>)</li> <li>• Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Grant (2009–2010) <b>HEAP HA29 SUA1</b></li> </ul> <p>Additional changes were made as follows:</p> <p><b>HEAP 6</b> The form is sent to Cash Assistance (CA) and Food Stamp (FS) participants who are identified in the autopay process as being eligible for HEAP benefits and paying directly for heating costs. The form has been revised as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• On page 1, the second paragraph beginning with “If you pay for heat directly with oil, kerosene or propane, your regular HEAP benefit is a fixed amount of \$ _____.” was removed.</li> </ul>

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 third paragraph was revised as follows:
  - A new bullet, “your primary heat source type,” was added as the 1<sup>st</sup> bullet.
  - The 2<sup>nd</sup> bullet now reads: “Your household’s gross monthly income and your household size.”
  - The phrase “Vulnerable Member in Household” was added to the 3rd bullet.
- Table 1 on page 2 of the form was updated with the new 2009-2010 income for Tier I and Tier II participants.
- A new Table 2, titled “Regular HEAP Benefit (2009-2010)” was added on the bottom of page 2.
- Section II on page 2 was removed.
- Under the “Heating Calculation Worksheet – Regular HEAP” section on page 3, the first sentence (beginning with “Because your household...”) was removed. The old Table 2 was also removed.
- The Energy Burden Ratio (Amount of household’s income spent on energy, annually) section on page 4, was replaced with a section on Primary Heating Source Type.
- Under the Benefit section on page 4, references to “points,” “\$65 per point” and “Paid on Date”, were removed
- In the Conference and Fair Hearing Information section on page 4, a new paragraph was added to the Conference section and reads: “You may also obtain information about this HEAP benefit, and other HEAP applications that you have submitted, and the HEAP Program in general by calling **(800) 629-0557, (877) HRA-8411** or **311**.”
- On page 5, in the Access to Your File and Copies of Documents section, a new paragraph was added, and reads: “To ask for documents or to find out how to look at your file: call **(212) 227-2784, 1 (877) HRA-8411**, or **311**. You may also make a written request by fax at **(212) 227-2079** or by mail at HRA/Energy Assistance Program, P.O. Box 1401, Church Street Station, New York, NY 10008. **In any request for documents, provide the Case Name, Case Number and Date listed on Page 1 of this notice.**”

**HEAP 11A**

The form is sent to CA and FS participants who are identified in the Autopay process as potentially being eligible for HEAP benefits, but for whom HRA has insufficient information to issue a benefit. The form has been revised as follows:

- References to “energy/fuel supplier,” “energy/fuel company” and “energy/fuel” have been replaced with references to “home energy vendor.”
- In the second sentence, the phrase “to assist you in meeting your annual heating costs” replaced “to help you meet the high cost of energy/fuel for heating.”

**HEAP 14**

The form is for the household’s home energy vendor to inform the company of the HEAP benefit issuance, and for proper credit to be added to the household’s account. The form has been revised to:

- Replace “participant” with “recipient.”
- Delete the phrase “to reduce any outstanding balance and/or.”
- Add the phrase “(Regular benefit) and/or a full thirty (30) days of service in situations where service has yet to be terminated (Emergency benefit).”
- Replace the reference to “uniform vendor agreement” with “New York State Home Energy Assistance Program Vendor Agreement.”

**HEAP 18**

The form is for HEAP households identified in the autopay process that are eligible for HEAP and pay directly for heat through rent:

- In item 2 of the “Your HEAP benefit is based on the following information:” section on page 1, the category of SSI **Code A** recipient has been added.
- In the “If You Do Pay For Heat Separately From Your Rent” section on page 1, the \$130 and \$800 amounts were changed to \$200 and \$700.
- In the Conference and Fair Hearing Information section on page 2, a new paragraph was added to the Conference section and reads: “You may also obtain information about this HEAP benefit, and other HEAP application that you have submitted, and the HEAP Program in general by calling **(800) 629-0557, (877) HRA-8411, or 311.**”

- In the “Access to Your File and Copies of Documents” section on page 3, a new paragraph was added, and reads: “To ask for documents or to find out how to look at your file: call **(212) 227-2784, 1 (877) HRA-8411, or 311**. You may also make a written request by fax at **(212) 227-2079** or by mail at HRA/Energy Assistance Program, P.O. Box 1401, Church Street Station, New York, NY 10008. **In any request for documents, provide the Case Name, Case Number and Date listed on Page 1 of this notice.**”

### HEAP 21

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

- On page 1, the words “and/or utility” changed to “heating costs.”
- On page 1, in item 2 of the “Your HEAP benefit is based on the following information:” section, the category of SSI **Code A** recipient has been added.
- On page 1, in the “If You Do Pay For Heat Separately From Your Rent” section, the \$130 and \$800 amounts were changed to \$200 and \$700.
- On page 1, in the section with reference to Conference and Fair Hearing Information, a new paragraph was added to the Conference section and reads: “You may also obtain information about this HEAP benefit, and other HEAP application that you have submitted, and the HEAP Program in general by calling **(800) 629-0557, (877) HRA-8411 or 311.**”
- On page 2, in the “Access to Your File and Copies of Documents” section, a new paragraph was added, and reads: “To ask for documents or to find out how to look at your file: call **(212) 227-2784, 1 (877) HRA-8411, or 311**. You may also make a written request by fax at **(212) 227-2079** or by mail at HRA/Energy Assistance Program, P.O. Box 1401, Church Street Station, New York, NY 10008. **In any request for documents, provide the Case Name, Case Number and Date listed on Page 1 of this notice.**”

### HEAP 23

The form is an insert that is mailed with HEAP benefit checks to HEAP-eligible households. The form was revised as follows:

- The term “heat and/or utility costs” was changed to “heating costs.”
- The statement that “you may have your case reviewed” was replaced with “you may request a conference.”
- The sentence “It is intended to help you meet the high costs of fuel and other energy-related needs” was deleted.

**HEAP 24**

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

- The phrases “Fuel/utility Company” and “fuel/utility” were replaced with “Home Energy Vendor.”

**HEAP HA29 SUA1**

The form is 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 minimum indirect heating and/or utility costs. The receipt of a \$1.00 HEAP benefit entitles the household that receives FS to the highest Standard Utility Allowance (SUA) included in its budget calculation. Revisions to the form are as follows:

- On page 1, in the “HEAP Benefit Determination” section, the \$130 and \$800 amounts in the second bullet were changed to \$200 and \$700.
- On page 1, the phone number **311** was added as a phone number for getting current information on HEAP program dates.
- On page 2, in the section with reference to Conference and Fair Hearing Information, a new paragraph was added to the Conference section and reads: “You may also obtain information about this HEAP benefit, and other HEAP application that you have submitted, and the HEAP Program in general by calling **(800) 629-0557, (877) HRA-8411, or 311.**”
- On page 3, in the “Access to Your File and Copies of Documents” section, a new paragraph was added, and reads: “To ask for documents or to find out how to look at your file: call **(212) 227-2784, 1 (877) HRA-8411, or 311.** You may also make a written request by fax at **(212) 227-2079** or by mail at HRA/Energy Assistance Program, P.O. Box 1401, Church Street Station, New York, NY 10008. **In any request for documents, provide the Case Name, Case Number and Date listed on Page 1 of this notice.**”

Job Center Directors, NCA FS Managers, and Management Information Systems (MIS) must ensure that all previous versions of these forms and their multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.

Samples of the revised 2009 – 2010 HEAP forms are attached.

*Effective Immediately*

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

**Attachments:**

<b>HEAP 6</b>	HEAP Program Notice for Heater Households (2009-2010) (Rev. 11/2/09)
<b>HEAP 6 (S)</b>	HEAP Program Notice for Heater Households (2009-2010) (Spanish) (Rev. 11/2/09)
<b>HEAP 11A</b>	Request for Home Energy Vendor Information for HEAP Grant (Rev. 11/2/09)
<b>HEAP 11A (S)</b>	Request for Home Energy Vendor Information for HEAP Grant (Spanish) (Rev. 11/2/09)
<b>HEAP 14</b>	Notice of Direct Vendor HEAP Payment (Rev. 11/2/09)
<b>HEAP 18</b>	Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Grant (2009–2010) (Rev. 11/2/09)
<b>HEAP 18 (S)</b>	Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Grant (2009–2010) (Spanish) (Rev. 11/2/09)
<b>HEAP 21</b>	Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Benefit for 2009-2010 (Rev. 11/2/09)
<b>HEAP 21 (S)</b>	Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Benefit for 2009-2010 (Spanish) (Rev. 11/2/09)
<b>HEAP 23</b>	HEAP Insert (Rev. 11/2/09)
<b>HEAP 23 (S)</b>	HEAP Insert (Spanish) (Rev. 11/2/09)
<b>HEAP 24</b>	Notice to Home Energy Vendor of HEAP Payment (Rev. 11/2/09)
<b>HEAP HA29 SUA1</b>	Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Grant (2009–2010) (Rev. 11/2/09)
<b>HEAP HA29 SUA1 (S)</b>	Notice of Home Energy Assistance Program (HEAP) Grant (2009–2010) (Rev. 11/2/09) (Spanish)

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 (2009–2010)

You are 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.

Your regular HEAP benefit is based on the following factors:

- Your primary heat source type;
- Your household's gross monthly income and your household size;
- The presence of an individual who is under age 6, age 60 or older, or disabled ("Vulnerable Member in Household");

This decision is based on New York Social Services Law § 97, 18 N.Y.C.R.R. Part 393, and the 2009-2010 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 website 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 2009–2010 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 Supplemental Security Income Code A benefit (living alone), your household is automatically a Tier I income household.

**Table 1**  
**Monthly Income Eligibility Guidelines (2009–2010)**

Household Size	Tier I	Tier II
1	0 - \$1,173	\$1,174- \$2,030
2	0 - \$1,578	\$1,579 - \$2,654
3	0 - \$1,984	\$1,985 - \$3,279
4	0 - \$2,389	\$2,390 - \$3,903
5	0 - \$2,794	\$2,795 - \$4,528
6	0 - \$3,199	\$3,200 - \$5,152
7	0 - \$3,604	\$3,605 - \$5,269
8	0 - \$4,009	\$4,010 - \$5,386
9	0 - \$4,415	\$4,416 - \$5,503
10	0 - \$4,820	\$4,821 - \$5,620
11	0 - \$5,225	\$5,226 - \$6,029
12	0 - \$5,630	\$5,631 - \$6,496
13	0 - \$6,035	\$6,036 - \$6,964
14	0 - \$6,440	\$6,441 - \$7,431
15	0 - \$6,846	\$6,847 - \$7,899
16+	+ \$405	+ \$468

SAMPLE

**Table 2**  
**Regular HEAP Benefit (2009–2010)**

Primary Heat Source Type	Add on Amounts (The following amounts are added to the base benefit, if applicable)
Deliverable Fuels (Oil, Kerosene, Propane, Wood, Pellets, Coal, Corn)  Base Benefit = \$600	+ \$50 for Tier I Household + \$50 for Vulnerable Member in Household
Utilities (Natural Gas, PSC Regulated & Villages of Greenport, Freeport and Rockville Center Municipal Electric Heat)  Base Benefit = \$400	
Municipal Electric Heat  Base Benefit = \$200	



## HEAP (2009–2010) Heating Calculation Worksheet – Regular HEAP

Applicant's Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### I. Primary Heating Source Type

Your household's primary heat is: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

### II. Vulnerable population. Your household contains someone:

\_\_\_\_\_ Under the age of 6:      \_\_\_\_\_ Age 60 or older:      \_\_\_\_\_ Disabled =

\_\_\_\_\_ None of the above = \$ \_\_\_\_\_

### III. Income Tier (See item I)

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

\$ \_\_\_\_\_

### IV. Benefit

Total amount from Sections I, II and III \$ \_\_\_\_\_

Minus Autopay Benefit/  
prior HEAP benefit (if  
any) \$ \_\_\_\_\_

Plus Regular Benefit  
Supplement for Heater  
Households (if any) \$ \_\_\_\_\_

**Total Benefit** \$ \_\_\_\_\_

**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.

You may also obtain information about this HEAP benefit, any other HEAP applications that you have submitted, and the HEAP Program in general, by calling **(800) 692-0557**, **(877) HRA-8411** or **311**.

### 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. 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. 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.

To ask for documents or to find out how to look at your file: call **(212) 227-2784, 1(877) HRA-8411 or 311**. You may also make a written request by fax at **(212) 227-2079** or by mail at HRA/Home Energy Assistance Program, P.O. BOX 1401, Church Street Station, New York, NY 10008. **In any request for documents, please provide the Case Name, Case Number and Date listed on Page 1 of this notice.**

**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: \_\_\_\_\_

Contratista: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

## Aviso del Programa HEAP para Hogares con Calentadores (2009–2010)

Usted ha sido aprobado para el Programa de Asistencia de Energía del Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP). A nombre suyo, el contratista, \_\_\_\_\_, recibirá un pago de \$ \_\_\_\_\_ como abono a su cuenta.

En este aviso se le explica cómo determinamos su elegibilidad y la cantidad de su beneficio.

Su beneficio normal de HEAP se basa en los siguientes factores:

- El tipo de calefacción principal;
- El ingreso mensual bruto del hogar y el número de miembros de su hogar;
- La presencia de una persona en su hogar es menor de 6 años de edad, de 60 años o mayor, o incapacitada ("Miembro Vulnerable del Hogar");

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 2009–2010 (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 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 2009–2010 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, mire a la derecha y fíjese si su ingreso figura en los límites del Nivel I o si 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 (2009-2010)**

Tamaño del Hogar	Nivel I	Nivel II
1	0 - \$1,173	\$1,174- \$2,030
2	0 - \$1,578	\$1,579 - \$2,654
3	0 - \$1,984	\$1,985 - \$3,279
4	0 - \$2,389	\$2,390 - \$3,903
5	0 - \$2,794	\$2,795 - \$4,528
6	0 - \$3,199	\$3,200 - \$5,152
7	0 - \$3,604	\$3,605 - \$5,269
8	0 - \$4,009	\$4,010 - \$5,386
9	0 - \$4,415	\$4,416 - \$5,503
10	0 - \$4,820	\$4,821 - \$5,620
11	0 - \$5,225	\$5,226 - \$6,029
12	0 - \$5,630	\$5,631 - \$6,496
13	0 - \$6,035	\$6,036 - \$6,964
14	0 - \$6,440	\$6,441 - \$7,431
15	0 - \$6,846	\$6,847 - \$7,899
16+	+ \$405	+ \$468

SAMPLE

**Tabla 2**  
**Beneficios Normales del HEAP (2009-2010)**

Tipo de la Fuente Principal de Calefacción	Cantidades Adicionales (Las siguientes cantidades son agregadas a los beneficios normales, si corresponde)
Servicio de Combustibles (Aceite, Querosene, Propano, Madera, Combustible de Menzudo tipo Pepita, Perdigón, Carbón, Productos del Maíz)  Beneficio Normal = \$600	+ \$50 para Hogar de Nivel I + \$50 para el Miembro Vulnerable del Hogar
Electricidad y/o Gas (Gas Natural, PSC Regulada & Pueblos del Greenport, Freeport y Municipal de Calefacción Eléctrica de Rockville Center)  Beneficio Normal = \$400	
Calefacción Eléctrica Municipal  Beneficio Normal = \$200	

## HEAP (2009–2010) Hoja de Cálculos de la Calefacción – HEAP Normal

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Número del Caso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### I. Tipo de la Fuente Principal de Calefacción

La calefacción principal de su hogar es: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

### II. Población vulnerable. En su hogar hay alguien:

\_\_\_\_\_ Menor de 6 años:      \_\_\_\_\_ De 60 años o más:      \_\_\_\_\_ Incapacitado =

\_\_\_\_\_ Ninguno de los de arriba = \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

### III. Nivel de Ingreso (Vea la sección I)

Debido a que 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.

SAMPLE

### IV. Beneficio

Cantidad total de las Secciones I, II y III \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Menos Beneficio de Autopago/beneficio de HEAP anterior (de haberlo) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Más el Suplemental del Beneficio Normal para Hogares con Calentador (de haberlo) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**Beneficio Total** \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**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.**

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

**Derecho a una Conferencia:** Usted podría tener una conferencia para revisar 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 solicitar una conferencia llamando al **(212) 227-2784**. **Cuyo uso es exclusivamente para conferencias.** Esto no es para solicitar una Audiencia Imparcial. Si usted pide una conferencia aún tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Lea a continuación la información sobre la Audiencia Imparcial.

Usted puede además obtener información sobre estos beneficios de HEAP, o sobre cualquier otra solicitud del HEAP que haya presentado y del programa en general del HEAP llamando al **(800) 692-0557**, **(877) HRA-8411** o al **311**.

### 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 unas de las siguientes direcciones:  
**14 Boerum Place, Brooklyn** o **330 West 34th Street, 3er Piso, Manhattan**
- (5) POR INTERNET:** Llame una solicitud electrónica en: <http://www.otda.state.ny.us/oa/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. 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.

Para solicitar los documentos o averiguar como ver sus archivos: llame al **(212) 227-2784, 1 (877) HRA-8411** o al **311**. Además puede hacer su pedido mediante un documento por escrito o por fax al **(212) 227-2079** o por correo al Programa de Asistencia de Energía Eléctrica del Hogar del HRA(HRA/Home Energy Assistance Program), al P.O. BOX 1401, Church Street Station, New York, NY 10008. **Si solicita los documentos, por favor provea el Nombre del Caso, Número del Caso y la Fecha indicada en la Página 1 de este aviso.**

**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

Letra 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 Home Energy Vendor Information for HEAP Grant

Our records indicate that you receive cash assistance benefits and that your household pays for heat 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 assist you in meeting your annual heating costs.

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

1. The name of my home energy vendor 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 home energy vendor is:

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

3. My account number is: \_\_\_\_\_

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

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

Centro: \_\_\_\_\_

Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Contratista: \_\_\_\_\_

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 por separado 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 \_\_\_\_\_, que le ayudará a cubrir el costo anual de la calefacción.

Para que este departamento le acredite su \_\_\_\_\_ pago de HEAP a su cuenta del contratista de energía de su hogar, le pedimos que proporcione la siguiente información sobre el contratista de energía/combustible. Por favor responda las preguntas indicadas abajo y nos devuelva esta carta completa en el sobre adjunto lo más pronto posible.

1. El nombre del contratista de energía/combustible es:

Con Edison

National Grid (anteriormente Keyspan)

Long Island Power Authority

Roosevelt Island Corporation

Otra: \_\_\_\_\_

(Escriba el nombre del contratista de energía/combustible)

2. La dirección del contratista de energía/combustible es:

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

3. Mi número de cuenta es: \_\_\_\_\_

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

**NOTICE OF DIRECT VENDOR HEAP PAYMENT  
(20 \_\_ - 20 \_\_ )**

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

Participant's Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_

Account Number: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_ Suffix: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Apt. Number: \_\_\_\_\_

Borough: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

*(Note: A large blue 'SAMPLE' watermark is overlaid on the form fields.)*

The above named cash assistance recipient has an account with your company. This department is issuing a Home Energy Assistance Program (HEAP) 20\_\_ - 20\_\_ grant for this recipient in the amount of \$\_\_\_\_\_ as a direct vendor payment to your company. These funds are to be applied to the above referenced account as credit for future purchases (Regular benefit) and/or a full thirty (30) days of service in situations where service has yet to be terminated (Emergency benefit), in accordance with the uniform vendor agreement executed between your company and the New York State Office for Temporary and Disability Assistance.

The utilization of these funds is pursuant to and in concert with the New York State Home Energy Assistance Program 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 (2009–2010)

**Your household has been approved for a regular Home Energy Assistance Program (HEAP) benefit for the 2009–2010 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 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, Food Stamp or Supplemental Security Income Code A 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 \$200 and \$700. 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 2009-2010 New York State HEAP Plan. The HEAP Plan is available online at the New York State Office of Temporary and Disability Assistance website 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.

You may also obtain information about this HEAP benefit, any other HEAP applications that you have submitted, and the HEAP Program in general, by calling **(800) 692-0557**, **(877) HRA-8411** or **311**.

### 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. 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.

To ask for documents or to find out how to look at your file: call **(212) 227-2784, 1(877) HRA-8411 or 311.** You may also make a written request by fax at **(212) 227-2079** or by mail at HRA/Home Energy Assistance Program, P.O. BOX 1401, Church Street Station, New York, NY 10008. **In any request for documents, please provide the Case Name, Case Number and Date listed on Page 1 of this notice.**

**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: \_\_\_\_\_  
Contratista: \_\_\_\_\_  
Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

## Aviso de Concesión del Programa de Asistencia de Energía del Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP) (2009-2010)

**Su hogar ha sido aprobado para recibir un beneficio de \$50 del Programa de Asistencia de Energía en el Hogar (HEAP) durante el período 2009-2010.**

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 se le enviará al contratista indicado 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 a este pago con su tarjeta de EBT dentro de noventa (90) días. De lo contrario la cantidad será eliminada. Usted puede verificar el saldo 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 \$200 y \$700. Si usted u otro miembro de su hogar paga los gastos de calefacción directamente, su hogar puede ser elegible para recibir un beneficio HEAP más 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 2009-2010 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/>

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

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.** Esta no es la manera 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.

Usted puede además obtener información sobre estos beneficios de HEAP, o sobre cualquier otra solicitud del HEAP que haya presentado y del programa en general del HEAP llamando al **(800) 692-0557**, **(877) HRA-8411** o al **311**.

### 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 electrónica en: <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. Si desea copias de sus archivos, debe pedirlos con anticipación. Le serán proporcionadas dentro de un plazo razonable antes de la fecha de la audiencia. Los documentos le serán enviados por correo sólo si usted específicamente solicitó que le sean enviados por correo.

Para solicitar documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(212) 227-2784, 1(877) HRA-8411** o al **311**. Además puede hacer su pedido mediante un documento por escrito o por fax al **(212) 227-2079** o por correo al Programa de Asistencia de Energía Eléctrica del Hogar del HRA (HRA/Home Energy Assistance Program), P.O. BOX 1401, Church Street Station, New York, NY 10008. **Si solicita copias de documentos, por favor proporcione el Nombre del Caso, Número del Caso y la Fecha indicada en la Página 1 de este aviso.**

**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

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 2009–2010

Your household has been approved for a regular Home Energy Assistance Program (HEAP) benefit for the 2009-2010 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 heating 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 (Code A) 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 \$200 and \$700. 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 2009-2010 New York State HEAP Plan. The HEAP Plan is available online at the New York State Office of Temporary and Disability Assistance website 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)

**SAMPLE**

### 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. You may also obtain information about this HEAP benefit, any other HEAP applications that you have submitted, and the HEAP Program in general, by calling **(800) 692-0557**, **(877) HRA-8411** or **311**.

#### 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. 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. 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.

To ask for documents or to find out how to look at your file: call **(212) 227-2784** **1(877) HRA-8411** or **311**. You may also make a written request by fax at **(212) 227-2079** or by mail at HRA/Home Energy Assistance Program, P.O. BOX 1401, Church Street Station, New York, NY 10008. **In any request for documents, please provide the Case Name, Case Number and Date listed on Page 1 of this notice.**

**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 Para el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP) del 2009–2010

Su hogar ha sido aprobado para un beneficio normal del Programa de Asistencia de Energía en el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP) para el año 2009–2010. Este beneficio de HEAP se le está pagando mediante el 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 por separado de su renta.**
- (2) Puesto que nuestros archivos indican que usted es beneficiario 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 Por Separado 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 entre \$200 y \$700. Si usted, o cualquier persona que viva con usted, paga directamente los pagos de calefacción, su hogar puede ser elegible para este beneficio mayor de HEAP, pero tiene que solicitar sin demora el beneficio mayor de HEAP 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 2009–2010 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/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 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 solicitar una conferencia llamando al **(212) 227-2784**. Cuyo uso es exclusivamente para conferencias. Esto no es para solicitar una Audiencia Imparcial. Si usted solicita una conferencia aun tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Lea a continuación la información sobre la Audiencia Imparcial. Usted puede además obtener información sobre estos beneficios de HEAP, o sobre cualquier otra solicitud del HEAP que haya presentado y del programa en general del HEAP llamando al **(800) 692-0557**, **(877) HRA-8411** o al **311**.

#### 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, 3er Piso, Manhattan**
- (5) POR INTERNET:** Llene una solicitud electrónica en: <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 fax, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. 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 solo si lo solicita específicamente.

Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(212) 227-2784**, **(877) HRA-8411** o al **311**. Además puede hacer su pedido mediante un documento por escrito o por fax al **(212) 227-2079** o por correo al HRA/Home Energy Assistance Program, P.O. BOX 1401, Church Street Station, New York, NY 10008. **Si solicita los documentos, por favor proporcione el Nombre del Caso, Número del Caso y la Fecha indicada en la Página 1 de este aviso.**

**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:**

Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

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



The enclosed check represents your 2009–2010 Home Energy Assistance Program (HEAP) benefit. 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 heating 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 2009-2010 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 request a conference 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 2009–2010 Home Energy Assistance Program (HEAP) benefit. 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 heating 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 2009-2010 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 request a conference 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.

SAMPLE



The enclosed check represents your 2009–2010 Home Energy Assistance Program (HEAP) benefit. 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 heating 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 2009-2010 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 request a conference 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 2009–2010. 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. Usted ha recibido, o pronto recibirá, un aviso explicándole cómo se determinó este beneficio de HEAP y proporcionándole información adicional sobre el Programa de HEAP. **Este beneficio de HEAP es un suplemento que se otorga una sola vez para ayudarle 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 2009–2010 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 gratis 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 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 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 2009–2010. 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. Usted ha recibido, o pronto recibirá, un aviso explicándole cómo se determinó este beneficio de HEAP y proporcionándole información adicional sobre el Programa de HEAP. **Este beneficio de HEAP es un suplemento que se otorga una sola vez para ayudarle 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 2009–2010 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 gratis 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 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 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 2009–2010. 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. Usted ha recibido, o pronto recibirá, un aviso explicándole cómo se determinó este beneficio de HEAP y proporcionándole información adicional sobre el Programa de HEAP. **Este beneficio de HEAP es un suplemento que se otorga una sola vez para ayudarle 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 2009–2010 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 gratis 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 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 le será enviada informándole la hora y el lugar de la audiencia.

**Michael R. Bloomberg, Mayor**  
**2009–2010 Home Energy Assistance Program (HEAP)**  
**P.O. Box 1401 Church Street Station, New York, NY 10008 Tel: (800) 692-0557**

**Notice to Home Energy Vendor of HEAP Payment**

The enclosed HEAP payment, authorized by the Human Resources Administration, is to be applied to the home energy vendor account as indicated on the check.

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

---

**Michael R. Bloomberg, Mayor**  
**2009–2010 Home Energy Assistance Program (HEAP)**  
**P.O. Box 1401 Church Street Station, New York, NY 10008 Tel: (800) 692-0557**

**Notice to Home Energy Vendor of HEAP Payment**

The enclosed HEAP payment, authorized by the Human Resources Administration, is to be applied to the home energy vendor account as indicated on the check

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

---

**Michael R. Bloomberg, Mayor**  
**2009–2010 Home Energy Assistance Program (HEAP)**  
**P.O. Box 1401 Church Street Station, New York, NY 10008 Tel: (800) 692-0557**

**Notice to Home Energy Vendor of HEAP Payment**

The enclosed HEAP payment, authorized by the Human Resources Administration, is to be applied to the home energy vendor 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 (2009–2010)

**Your household has been approved for a regular Home Energy Assistance Program (HEAP) benefit of \$1.00 for the 2009–2010 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, 2010. 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 2009–2010 New York State HEAP Plan. The HEAP Plan is available online at the New York State Office of Temporary and Disability Assistance website 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 \$200 and \$ 700. 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 12. Please check the OTDA website at: [www.otda.state.ny.us/main/heap/](http://www.otda.state.ny.us/main/heap/) for current information on program dates or call the HRA Infoline at (877) HRA-8411, (800) 692-0557 or 311 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.

You may also obtain information about this HEAP benefit, any other HEAP applications that you have submitted, and the HEAP Program in general, by calling **(800) 692-0557, (877) HRA-8411** or **311**

### 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. 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. 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.

To ask for documents or to find out how to look at your file: call **(212) 227-2784, 1(877) HRA-8411** or **311**. You may also make a written request by fax at **(212) 227-2079** or by mail at HRA/Home Energy Assistance Program, P.O. BOX 1401, Church Street Station, New York, NY 10008. **In any request for documents, please provide the Case Name, Case Number and Date listed on Page 1 of this notice.**

**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 de Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Contratista: \_\_\_\_\_  
Número de la Cuenta: \_\_\_\_\_

## Aviso de Concesión del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP) (2009–2010)

**Su hogar ha sido aprobado para un beneficio normal de \$1.00 del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP) para el año 2009–2010.**

Se ha autorizado un beneficio normal de HEAP de \$1.00. Este beneficio se otorga una 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, 2010. 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 el Plan de HEAP del 2009–2010 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: New York State 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 se ha determinado que usted incurre en gastos por 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 \$200 y \$700. 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 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/](http://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 o 311 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.

Usted puede además obtener información sobre estos beneficios de HEAP, o sobre cualquier otra solicitud del HEAP que haya presentado y del programa en general del HEAP llamando al **(800) 692-0557**, **(877) HRA-8411** o al **311**.

### 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 electrónica en: <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. 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.

Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su expediente: llame al **(212) 227-2784, 1 (877) HRA-8411 o 311**. Además, puede enviar una petición por escrito por fax al **(212) 227-2079** o por correo al HRA/Home Energy Assistance Program, P.O. BOX 1401, Church Street Station, New York, NY 10018. **Favor de proporcionar en cualquier petición de documentos el Nombre del Caso, Número del Caso y Fecha listada en la página 1 de este aviso.**

### 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

Letras de Molde: \_\_\_\_\_ Núm. del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

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