



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 #10-03-OPE

NOTICE OF REFUND OF HOME ENERGY ALLOWANCE DEDUCTION FORM (M-858G)

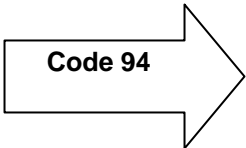
Date: January 12, 2010	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>This policy bulletin is to inform all Job Center staff of the Notice of Refund of Home Energy Allowance Deduction Form (M-858g) and the Conference and Fair Hearing Information insert (M-858g [Insert]), which are mailed out by Management Information Systems (MIS) to participants who are entitled to a Home Energy Allowance Refund.</p> <p>Every month MIS reconciles the Utility Direct Vendor System and identifies participants who are entitled to a refund because:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The amount deducted from the participant’s Home Energy Allowance grant exceeded the amount billed for that period. • The participant’s Home Energy Allowance restriction is no longer in effect. • The participant’s case has been closed and the amount deducted from the energy grant exceeded the amount billed for that period. • There was a discrepancy in the name, address, bill amount or period covered by the utility bill, so the Agency was unable to apply the amount deducted toward a bill for that period. • The Agency did not receive a bill from the utility company for sixty (60) days or more. The amount deducted from the participant’s Home Energy Grant will be returned to the participant. <p>MIS will auto-fill the M-858g with text relating to one of the five potential refund situations. The text will say:</p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or
send an e-mail to *FIA Call Center Fax or fax to: (917) 639-0298*

“This notice is to inform you that we are refunding the amount of \$ ____ for the period of ____ to ____ because... (MIS will select one of five potential snippets to insert here – See **Attachment A**).”

If the participant calls the Job Center to inquire about his/her refund, the Worker should check the Benefit Issuance Screen (**NQCS5E**) to determine if a refund was issued (indicated by Code **94** - UTILITY VENDOR REFUND - Issued by MIS only).

Benefit Issuance Screen (NQCS5E)



S	Suf	Ln	--Date--	Cycle	RTG	Benefit#	Payment Amount	Payment Period	Rdm Dt	Out Tell	Vouch	--Date--	Status
1	01	T	12/17/09	B	EBT	30516507	101.00	12/17/09					
	PA	RE	05	RECUR-G	PUC	EMRG IND	F	01/01/10				12/18/09	T
												100.50	.50
2	01		12/08/09		EBT	SP10637580	26.50	08/31/09					
	PA	SI	94	UV-RFID	PUC	9 EMRG IND	F	11/30/09				12/18/09	3
												26.50	
3	01		12/02/09	A	EBT	75021970	482.00	12/01/09					
	FS	RE	96	FS-ONGNG	PUC	EMRG IND	F	12/31/09				12/05/09	T
												480.03	1.97
4	01		12/02/09	A		62990074	169.50	12/02/09					
	RE	SP	10	SHELTER	PUC	EMRG IND		12/16/09				12/18/09	3
												169.50	
5	01		12/02/09	A	EBT	30371763	101.00	12/02/09					
	PA	RE	05	RECUR-G	PUC	EMRG IND	F	12/16/09				12/10/09	3
												101.00	

The Worker must explain that the refund is due to an overpayment of the participant’s Home Energy Allowance Grant. If the participant believes the refund amount is incorrect, he/she can resolve the issue through current Fair Hearing and Conference processes.

Effective Immediately

Attachments:

- Attachment A** Snippets
- M-858g** Notice of Refund of Home Energy Allowance Deduction
- M-858g (S)** Notice of Refund of Home Energy Allowance Deduction (Spanish)
- M-858g Insert** Conference and Fair Hearing Information
- M-858g Insert (S)** Conference and Fair Hearing Information (Spanish)

Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Attachment A

English

We deducted too much from your Home Energy Allowance toward payment of your utility bill. You will receive a refund of the amount indicated above with your Public Assistance Benefit.

Your Home Energy Allowance will no longer be restricted and you will receive this amount with your Public Assistance Benefit. The utility company will send all future bills to you for payment. You are responsible for the payment of your utility bills. You will receive a refund of the amount indicated above with your Public Assistance Benefit.

Your case has been closed. The utility company will send all future bills directly to you for payment. You will receive a refund check in the mail for the amount indicated above.

We have not paid your last utility bill to a discrepancy in the name, address, bill amount, or period covered by your utility bill. A separate notice is being sent to you regarding this matter. We are refunding the amount indicated above which is to be applied to your utility expenses.

We have not received a bill from the utility company for sixty (60) days or more. We are therefore refunding the amount indicated above which we withheld from your Home Energy Allowance.

Spanish

Deducimos demasiado de su concesión de Energía Doméstica hacia el pago de su cuenta de electricidad y/o gas. Con su beneficio de Asistencia Pública un usted recibirá un reembolso de la cantidad que se indica arriba.

Su concesión de Energía Doméstica ya no será restringida y usted recibirá esta cantidad con su beneficio de Asistencia Pública. La compañía de electricidad y/o gas le enviará todas sus cuentas futuras para pagos. Usted es responsable de los pagos de su cuenta de electricidad y/o gas. Con su beneficio de asistencia pública usted recibirá un reembolso de la cantidad que se indica arriba .

Su caso se ha cerrado. En el futuro la compañía de electricidad y/o gas le enviara directamente a usted todas la cuentas a pagarse. Usted recibirá por correo un cheque de reembolso con la cantidad que se indica arriba.

Debido a una discrepancia en el nombre, dirección, cantidad debida o el período cubierto por su compañía de electricidad y/o gas, no hemos pagado su última cuenta de electricidad y/o gas que. Se le ha enviado un aviso por separado sobre este asunto. Le estamos reembolsando la cantidad indicada arriba que debe ser aplicada a sus gastos de electricidad y/o gas.

No hemos recibido una cuenta de la compañía de electricidad y/o gas por 60 días o más. Por lo tanto le estamos reembolsando la cantidad que se indica arriba, que hemos retenido de su concesión de Energía Doméstica.

SAMPLE

Case Number: _____

Job Center: _____

Con Edison
Account Number: _____

National Grid
Account Number: _____

Date: _____

Last Reconciliation
Done In: _____

Notice of Refund of Home Energy Allowance Deduction

SAMPLE

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION
INSERT ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Número del Caso: _____

Centro de Trabajo: _____

Número de Cuenta de
Con Edison: _____

Número de Cuenta
de la Red Nacional: _____

Fecha: _____

Última Reconciliación
Realizada En: _____

Aviso sobre el Reembolso de Deducción de Concesión de Energía Doméstica

SAMPLE

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
SOBRO CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call or write to the Center that handles your case. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

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

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

What to Expect at a Fair Hearing

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

LEGAL ASSISTANCE

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

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS

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

INFORMATION

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

FAIR HEARING REQUEST

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for Cash Assistance issues.

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

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

SAMPLE

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame o escríbale al Centro que está encargado de su caso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA PARCIAL ESTATAL

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:

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

- (1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) POR ESCRITO :** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:
14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd Floor, Manhattan
- (5) POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial

El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL

Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS

Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, éstas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pida. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

INFORMACIÓN

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

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de Asistencia en Efectivo

Si no logra comunicarse con la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la agencia es errónea porque:

SAMPLE

Nombre en Letras de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____