



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Matthew Brune, Executive Deputy Commissioner




James K. Whelan, Deputy Commissioner
Policy, Procedures, and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #10-76-OPE

REVISIONS TO FORMS W-116H, W-116Q, W-116T, W-116J, W-116R, AND W-116P

Date: July 28, 2010	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>See PD #04-22-EMP.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all Job Center staff that the following forms have been revised:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Employment Appointment Notice (W-116H) • POISED Informational (W-116Q) • Notice of Alternative Training Program (W-116T) • Notice of Approval of Request for Educational/Training Program (W-116J) • Notice of Denial of Request for Educational/Training Program (W-116R) • Mandatory Job Search Business Link Appointment (W-116P) <p>The revisions to all forms are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The New York City logo has been updated. • The forms have been formatted in accordance with current agency software requirements. • The forms have received minor updates to reflect current agency terminology. <p>Additional revisions to W-116H and W-116P forms:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The MLF designation has been deleted from the header. • The opening and closing salutations have been removed. • The text underneath the travel directions has been modified to include a statement concerning physical, mental health, or learning problems that might make it difficult for the participant to keep the appointment.

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

See PB #04-09-OPE.

Additional revisions to Form **W-116Q**:

- The Expiration Date line has been removed.
- The telephone number of the Union Square Job Center was added.

See PD #04-14-EMP.

Additional revisions to Form **W-116T**:

- The salutation has been removed.
- The statement about “required number of hours per week” was removed.
- The TAG Supervisor’s Signature and the TAG Worker’s Signature lines have been removed.
- Wording of the Title was altered.

Job Center Directors must ensure that all previous versions of these forms and the multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.

Samples of the revised forms are attached.


Effective Immediately

Related Items:

Employment Manual
PD #04-14-EMP
PD #04-22-EMP
PB #04-09-OPE

Attachments:

W-116H	Employment Appointment Notice (Rev. 7/28/10)
W-116H (S)	Employment Appointment Notice (Spanish) (Rev. 7/28/10)
W-116Q	POISED Informational (Rev. 7/28/10)
W-116Q (S)	POISED Informational (Spanish) (Rev. 7/28/10)
W-116T	Notice of Alternative Training Program (Rev. 7/28/10)
W-116T (S)	Notice of Alternative Training Program (Spanish) (Rev. 7/28/10)
W-116J	Notice of Approval of Request for Educational/Training Program (Rev. 7/28/10)
W-116J (S)	Notice of Approval of Request for Educational/Training Program (Spanish) (Rev. 7/28/10)
W-116R	Notice of Denial of Request for Educational/Training Program (Rev. 7/28/10)
W-116R (S)	Notice of Denial of Request for Educational/Training Program (Spanish) (Rev. 7/28/10)
W-116P	Mandatory Job Search Business Link Appointment (Rev. 7/28/10)
W-116P (S)	Mandatory Job Search Business Link Appointment (Spanish) (Rev. 7/28/10)

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Job Type: _____
Worker Name: _____
Worker Telephone Number: _____

Employment Appointment Notice

The Job Center indicated above has a temporary job opportunity for you. The job will be paid employment with a New York City public or private agency. When you report to the appointment below, the responsibilities and terms of employment will be discussed at that time.

Please report to your appointment as follows:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____
Location Name: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____
Travel Directions: _____

SAMPLE

This is a mandatory engagement appointment. Failure to keep this appointment may result in a reduction in your Cash Assistance and/or Food Stamp benefits. If you have any questions or are unable to keep this appointment, please contact us at the above number prior to your appointment date. You can also call this number if you have a physical, mental health, or learning problem that makes it difficult for you to keep this appointment.

You must report to the Job Center with this form.

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Tipo de Empleo: _____
Nombre del Trabajador: _____
Número de Teléfono del Trabajador: _____

Aviso de Cita de Empleo

El Centro de Trabajo mencionado más arriba tiene para usted una oportunidad para empleo temporario. El empleo será pagado y con una agencia de empleo privada o pública de la Ciudad de Nueva York. Al presentarse a la cita más abajo, platicaremos acerca de las responsabilidades y condiciones de este empleo.

Favor de presentarse a la cita:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____
Nombre del Local: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

Esta es una cita de compromiso obligatoria. El no presentarse a esta cita como debido podría resultar en una reducción de sus beneficios de Asistencia en Efectivo y/o Cupones para Alimentos. Si usted tiene cualquier pregunta, o si no puede asistir a la cita, favor de comunicarse con nosotros al número más arriba antes de la fecha de su cita. Además, puede llamar a este número si tiene un problema físico, mental, o de aprendizaje que le dificulte asistir a la cita.

Usted debe presentarse al Centro de Empleo con este formulario.

Date: _____
Case Number: _____
Case Type: _____
Caseload: _____
Hours: _____
Job Center: _____
Action Code: _____

POISED Informational

Perfect Opportunity for Individual Skills and Educational Development (POISED) is a program for women who are pregnant or have a child under three years of age. POISED was created by the Family Independence Administration (FIA) and the City University of New York (CUNY) to address the special needs of pregnant women and mothers of young children.

POISED helps participants become self-supporting by offering:

- workshops in parenting
- classes in baby and child care
- individual and group counseling
- classes in computer skills
- reading, writing, math, and English tutoring
- welfare-to-work assignments
- career planning
- job placement

If you are **less than eight (8) months pregnant or your youngest child is more than three (3) months old**, you must participate in an approved welfare-to-work program. Participation in POISED will satisfy your FIA work requirement.

If you are over eight (8) months pregnant or your youngest child is less than three (3) months old, you may also be eligible for POISED-at-Home, a volunteer program that will help you learn how to take the best care of your new baby and to plan for your family's future.

If you are pregnant and need to stay home for medical reasons, you may also qualify for POISED-at-Home.

To find out more about POISED, please call one of the following telephone numbers:

Union Square Job Center (Manhattan)	(212) 835-8109
City College (Manhattan)	(212) 650-5860
Medgar Evers College (Brooklyn)	(718) 270-6466
Bronx Community College (Bronx)	(718) 741-9777

If you are accepted into POISED, child care, if needed, and carfare will be provided.

As you prepare for the birth of your baby or care for your young child, you are encouraged to take advantage of this opportunity.

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Tipo de Caso: _____
Unidad del Caso: _____
Horas: _____
Centro de Trabajo: _____
Código de Acción: _____

Informativo sobre POISED

Excelente Oportunidad para Desarrollo Educativo y de Habilidades de Personas (POISED) es un programa para mujeres que tengan niños menores de tres años de edad o que estén embarazadas. POISED fue creado por la Administración de la Independencia Familiar (FIA) y la Universidad de la Ciudad de Nueva York (CUNY) para atender las necesidades especiales de las mujeres embarazadas y madres de niños pequeños.

POISED ayuda a los participantes a lograr la autosuficiencia mediante:

- talleres sobre la crianza
- clases de cuidado de bebés y de niños
- consejería en grupo e individual
- clases de informática
- tutoría de lectura, escritura, matemáticas, e inglés
- actividades del bienestar público al trabajo (welfare-to-work)
- planificación de profesión
- colocación de trabajo

Si tiene **menos de ocho (8) meses de embarazo o si su niño(a) más pequeño tiene más de tres (3) meses de edad**, usted debe participar en un programa aprobado del traslado del bienestar público al trabajo (welfare-to-work). Al participar en POISED usted cumple con el requisito de trabajo de FIA.

Si tiene más de ocho (8) meses de embarazo o su niño más pequeño tiene menos de tres (3) meses de edad, puede que sea elegible para el programa voluntario POISED en el Hogar que le enseñará a darle el mejor cuidado a su recién nacido y a planificar el futuro de su familia.

Si está embarazada y necesita quedarse en su hogar por razones de salud, puede que también sea elegible para el programa POISED en el Hogar.

Para saber más sobre POISED comuníquese con:

Union Square Job Center (Manhattan) (212) 835-8109
City College (Manhattan) (212) 650-5860
Medgar Evers College (Brooklyn) (718) 270-6466
Bronx Community College (Bronx) (718) 741-9777

Si es aceptado(a) a POISED, se le proveerá el transporte y el cuidado infantil si lo necesitará.

Se le recomienda aprovechar esta oportunidad que le ayudará a prepararse para el nacimiento de su bebé o el cuidado de su niño pequeño.

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

Notice of Alternative Training Program

An assessment and determination of your employability status was conducted by the Family Independence Administration's Training Assessment Group staff. Your marketable skills, background, employment and training needs were evaluated and your educational skills were tested. After a discussion and interview to ascertain your training preferences and a review of your test scores, it was determined that the education/training program which you requested is inappropriate for you at the present time.

The reason we have determined that the education/training program you requested is inappropriate for you at this time is as follows:



You have been referred to the following alternative training/education program:

Program Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Contact Person: _____ Telephone Number: _____

Program Start Date: _____ Program End Date: _____

Attendance in the training/education program is mandatory in order to comply with the Cash Assistance work rules. During the period of your attendance, you will receive supportive services based upon an eligibility review including biweekly carfare, which will be available in your Electronic Benefits Transfer (EBT) account and/or part-time or full-time child care, which will be paid directly to your child care provider. Should you have any questions regarding this alternative training program, please contact the Training Assessment Group (TAG) office at _____.

Participant's Signature

Date

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

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

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

STATE FAIR HEARING

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

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

Print Name: _____ Case Number: _____
Name _____ M.I. _____ Last Name _____
Address: _____ Telephone: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Signature: _____ Date: _____

SAMPLE

Fecha del Aviso: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Unidad de Casos: _____

Núm. de Tel. de FH&C: _____

Aviso de Programa Alternativo de Capacitación

El personal del Grupo de Evaluación para Capacitación de la Administración de la Independencia Familiar (Family Independence Administration's Training Assessment Group) llevó a cabo una evaluación y determinó su estado de empleabilidad. Se evaluaron sus áreas de necesidad como habilidades comercialmente útiles, historial, empleo y capacitación, al mismo tiempo que se puso en prueba la capacidad de su educación. Al haberlo entrevistado para averiguar sus preferencias de capacitación y haber revisado los resultados de su prueba, se llegó a la conclusión de que el programa de educación/capacitación al que usted solicitó no era el adecuado para usted por ahora.

El motivo por el cual hemos determinado que el programa de educación/capacitación que usted solicitó no es el adecuado para usted por ahora es el siguiente:

SAMPLE

Se le ha enviado al siguiente programa alternativo de educación/capacitación:

Nombre del Programa: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Persona a Contactar: _____ Núm. de Teléfono: _____

Fecha de Comienzo del Programa: _____ Fecha Final del Programa: _____

La asistencia al programa de educación/capacitación es obligatoria para cumplir con las reglas de Asistencia en Efectivo. Durante el período de su asistencia, recibirá servicios de apoyo conforme a una revisión de elegibilidad, incluido el costo quincenal de transporte por carro, que estará disponible en su cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios (Electronic Benefits Transfer – EBT) y/o cuidado infantil a tiempo parcial o completo, a ser pagado directamente a su proveedor de cuidado infantil. Si tiene preguntas sobre el programa de capacitación alternativo, por favor comuníquese con la oficina del Grupo de Evaluación para Capacitación (Training Assessment Group – TAG) al _____.

Firma del Participante

Fecha

**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.**

(vea la próxima página)

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

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

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Como 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/eah/forms.asp>

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

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

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o 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, usted tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública.

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:

SAMPLE

Nombre en
Letras de
Molde: _____

Núm. del Caso: _____

Nombre _____ I. _____ Apellido _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

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

Notice of Approval of Request for Educational/Training Program

You have requested approval to attend/continue in an educational/training program. This notice is to inform you that your request has been APPROVED because:

- the Human Resources Administration (HRA)-approved program is in accordance with the goals of your Employability Plan.
- Other (specify): _____

You will be able to attend the _____
program located at: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

for the period of _____ through _____ . After that date, you will be called into your Center for
(date) (date)

an assessment of your progress toward completion of the program and to determine whether or not you will continue or be reassigned to another activity. During the period of your attendance, you will receive supportive services based upon an eligibility review, including biweekly carfare, which will be available in your Electronic Benefits Transfer (EBT) account and/or part-time or full-time child care, which will be paid directly to your child care provider. You may also be assigned to a concurrent work activity if necessary to fulfill the mandatory 35-hour workweek.

Vendor Skill Code: _____

- Other supportive services (Regional Manager-approved only) _____

A copy of the completed FIA School/Training Enrollment Letter (**W-700D**) is attached.

Failure to comply with program requirements without good cause may result in the reduction of your cash assistance and/or Food Stamp benefits.

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 385.9.

TAG Worker's Signature

Date

**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.**

(continued on page 3)

SAMPLE

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

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

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, 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 public 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: _____

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Unidad del Caso: _____
Teléfono de FH&C: _____
Fecha de Evaluación de TAG: _____

Aviso de Aprobación de Solicitud a un Programa de Educación/Capacitación

Usted ha solicitado que se le permita asistir/continuar un programa de educación/capacitación. Este aviso es para informarle de que su solicitud ha sido APROBADA debido a que:

- El programa aprobado por la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) coincide con las metas de su Plan de Empleabilidad.
- Otro (especifique): _____

Usted podrá asistir al programa de _____
ubicado en: _____

Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

por el período de _____ a _____ Después de esa fecha, se le convocará a su Centro para una
(fecha) (fecha)

evaluación de su progreso hacia el cumplimiento del programa, y se determinará si seguirá la actividad o si será reasignado a otra. Durante el período que esté asistiendo, y de acuerdo a una revisión de elegibilidad, usted recibirá servicios de apoyo, incluidos la tarifa de transporte quincenal (la cual estará disponible en su cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios [Electronic Benefits Transfer – EBT]) y/o cuidado infantil a tiempo parcial o completo lo cual será pagado directamente a su proveedor de cuidado infantil. Usted también puede ser asignado(a) a una actividad de trabajo simultánea, si fuese necesario para cumplir la semana de 35 horas laborales obligatorias.

Código de Aptitudes del Contratista: _____

Otros servicios de apoyo (sólo aprobados por el Administrador Regional) _____

Adjunta se encuentra una copia de la carta sobre su ya terminado programa Escolar/de Inscripción para Capacitación de la FIA (FIA School/Training Enrollment Letter [W-700D]).

El incumplimiento de los requisitos del programa sin motivo justificado podría resultar en la reducción de sus beneficios de asistencia en efectivo y/o Cupones para Alimentos.

La(s) ley(es) y/o reglamento(s) que nos permite(n) obrar de esta forma es/son 18 NYCRR § 385.9.

Firma del Trabajador de TAG

Fecha

**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.**

(continuación en la página 3)

SAMPLE

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

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

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201.
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **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 or **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**
- (5) **POR INTERNET:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

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

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o 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, usted tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de 60 días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública.

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:

SAMPLE

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

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

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

Notice of Denial of Request for Educational/Training Program

You have requested approval to attend/continue attendance in an educational/training program. This notice is to inform you that your request has been DENIED because:

- your academic skills indicate you do not meet minimum entrance requirements for the program.
- the program you have requested is not an HRA-approved program and the program did not seek or failed to meet HRA requirements for inclusion on the Master List of Approved Programs.
- the program you have requested is not in accordance with your Employability Plan (EP), which you signed on _____ (date) .
- you have previously been assessed and assigned in accordance with your EP and preferences and you have not completed a six-month period of assignment.
- a training program opening is not available.
- you have been sanctioned for willfully and without good cause refusing to or failing to comply with a work requirement in the past six (6) months.
- you have an unsatisfactory attendance/progress report.
- you have willfully and without good cause refused or failed to report to a mandatory assessment appointment.
- other (specify): _____ .

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 385.9.

TAG Worker's Signature

Date

Participant's Signature

Date

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

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

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

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, 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.ctda.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 temporary assistance-related issues, including employment requirements.

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

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

SAMPLE

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

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Unidad de Casos: _____
Teléfono de FH&C: _____
Fecha de Evaluación TAG: _____

Aviso del Rechazo de Solicitud a un Programa de Educación/Capacitación

Usted ha solicitado que se le permita asistir/seguir asistiendo a un programa educación o de capacitación. Este aviso es para informarle que su solicitud ha sido RECHAZADA debido a que:

- sus habilidades académicas indican que usted no reúne los requisitos mínimos para entrar al programa.
- el programa que usted solicitó no está aprobado por la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA), y el programa no procuró o no cumplió con los requisitos de inclusión de la Administración de Recursos Humanos en la Lista de Control de Programas Aprobados.
- el programa que usted solicitó no coincide con el Plan de Empleabilidad (Employability Plan – EP) que usted firmó el _____.
(fecha)
- usted ha sido evaluado anteriormente y asignado de acuerdo a su Plan de Empleabilidad y preferencias y no ha completado una asignación de un período de seis meses.
- no hay cupo en ningún programa de capacitación.
- se le ha sancionado por rehusar o no cumplir un requisito de trabajo intencionadamente y sin motivo justificado en los últimos seis (6) meses.
- usted tiene un informe de progreso/asistencia insatisfactorio.
- usted ha rehusado cumplir o ha faltado a la cita obligatoria de evaluación intencionadamente y sin motivo justificado.
- otro (especifique): _____.

La(s) ley(es) y/o reglamento(s) que nos permite(n) obrar de esta forma es/son 18 NYCRR § 385.9.

Firma del Trabajador de TAG

Fecha

Firma del Participante

Fecha

**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

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

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

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

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

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

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o 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 relacionados con asistencia temporaria incluidos los requisitos de empleo.

Si no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporaria 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:

SAMPLE

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

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Caseload: _____
Job Center: _____
Action Code: _____

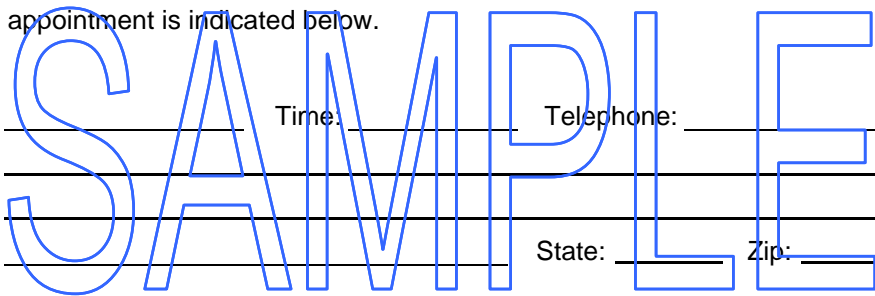
Mandatory Job Search Business Link Appointment

State law requires that you be engaged in an active and continuing search for employment. As part of this obligation you have been selected to participate in a mandatory Business Link appointment. This appointment is a prescreening for a variety of jobs; qualified candidates will be scheduled for an interview with an employer. Please bring your Electronic Benefits Transfer (EBT) or Medicaid card for identification purposes. You should also bring a copy of your resume and/or references, if you have them, and dress for an interview.

You will be excused from your assigned work activities to attend this appointment. Give your supervisor a copy of this notice.

Your Business Link appointment is indicated below.

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____
Location Name: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____



Travel Directions:

This is a mandatory engagement appointment. If you have any questions or are unable to keep this appointment, please contact Business Link at (212) 643-2881, ext. 200. You can also call this number if you have a physical, mental health, or learning problem that makes it difficult for you to keep this appointment.

Failure to keep this appointment or failure to participate as required may result in the reduction of your current cash assistance and/or Food Stamp benefits. Please bring this letter to your appointment.

PLEASE NOTE: Failure to comply with cash assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Centro de Trabajo: _____
Código de Acción: _____

Cita Obligatoria de Enlace Comercial (Business Link) para Búsqueda de Trabajo

Las leyes estatales requieren que usted esté buscando trabajo activa y continuamente. Como parte de tal obligación se le ha seleccionado para que participe en una cita obligatoria de enlace comercial (Business Link). El propósito de dicha cita es para primero evaluarle con respecto a diversos trabajos: a los candidatos que cualifiquen se les programará una cita con un empleador. Favor de traer su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) o de Medicaid para uso de identificación. Además traiga una copia de su hoja de vida y/o referencias, de tenerlas, y vistase de modo apropiado para la entrevista.

Usted será exento de participar en las actividades de trabajo asignadas para que pueda asistir a esta cita. Entréguele una copia de este aviso a su supervisor.

Los detalles de su cita de Enlace Comercial (Business Link) aparecen a continuación:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____
Nombre del Local: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

Esta cita es de participación obligatoria. Si usted tiene cualquier pregunta, o si no puede asistir a la cita, favor de comunicarse con el Enlace Comercial (Business Link) al (212) 643-2881, ext. 200. Además, usted puede llamar a este número si tiene un problema físico, mental, o de aprendizaje que le dificulte asistir a esta cita.

El no presentarse a esta cita o no participar como es requerido puede resultar en la reducción de sus beneficios actuales de asistencia en efectivo y/o Cupones para Alimentos. Favor de traer esta carta a su cita.

NOTE POR FAVOR: El no cumplir con los requisitos de trabajo de asistencia en efectivo no afecta su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.