



**OFFICE OF POLICY, PROCEDURES AN TRAINING**

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

**Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner**  
Office of Procedures

**POLICY BULLETIN #16-73-ELI**

*(This Policy Bulletin Replaces PB #15-88-ELI and PB #14-82-ELI)*

**OCTOBER 2016 CHANGES FOR NYSNIP HOUSEHOLDS**

<p><b>Date:</b> September 21, 2016</p>	<p><b>Subtopic(s):</b> NYSNIP</p>																								
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>The NYSNIP benefit levels are listed on the Guide to SNAP Budgeting (<b>W-204G</b>).</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Non Cash Assistance Supplemental Nutrition Assistance Program (NCA SNAP) Center staff of the changes in the New York State Nutrition Improvement Project (NYSNIP) standardized benefit levels due to annual changes in SNAP standards. The changes are effective October 1, 2016.</p> <p>The NYSNIP standardized benefit level for households with Shelter Type Code <b>95</b> (Household Eligible for Full SUA – Low Shelter Cost) that receive Supplemental Security Income (SSI) and other income and households with Shelter Type Code <b>97</b> (Household Eligible for Full SUA/HEAP – Low Shelter Cost) that receive SSI and other income will decrease from \$189 to \$187 per month.</p> <p>The NYSNIP standardized benefit level for households with Shelter Type Code <b>96</b> (No SUA – High Shelter Cost) that receive SSI only will increase from \$26 to \$27 per month and households with Shelter Type Code <b>96</b> (No SUA – High Shelter Cost) that receive SSI and other income will increase from \$17 to \$18 per month.</p> <p>All other NYSNIP standardized benefit levels will remain the same.</p> <p>The NYSNIP benefit levels effective October 1, 2016 are as follows:</p> <table border="1" data-bbox="479 1522 1445 1816"> <thead> <tr> <th></th> <th><b>SSI only</b></th> <th><b>SSI + other income</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Shelter Type Code <b>94</b></td> <td>\$194</td> <td>\$194</td> </tr> <tr> <td>Shelter Type Code <b>95</b></td> <td>\$194</td> <td>\$187</td> </tr> <tr> <td>Shelter Type Code <b>96</b></td> <td>\$194</td> <td>\$194</td> </tr> <tr> <td>Shelter Type Code <b>96</b> (No SUA)</td> <td>\$ 27</td> <td>\$ 18</td> </tr> <tr> <td>Shelter Type Code <b>97</b></td> <td>\$194</td> <td>\$187</td> </tr> <tr> <td>Shelter Type Code <b>97</b> (No SUA)</td> <td>\$ 16</td> <td>\$ 16</td> </tr> <tr> <td>Shelter Type Code <b>98</b></td> <td>\$ 16</td> <td>\$ 16</td> </tr> </tbody> </table>		<b>SSI only</b>	<b>SSI + other income</b>	Shelter Type Code <b>94</b>	\$194	\$194	Shelter Type Code <b>95</b>	\$194	\$187	Shelter Type Code <b>96</b>	\$194	\$194	Shelter Type Code <b>96</b> (No SUA)	\$ 27	\$ 18	Shelter Type Code <b>97</b>	\$194	\$187	Shelter Type Code <b>97</b> (No SUA)	\$ 16	\$ 16	Shelter Type Code <b>98</b>	\$ 16	\$ 16
	<b>SSI only</b>	<b>SSI + other income</b>																							
Shelter Type Code <b>94</b>	\$194	\$194																							
Shelter Type Code <b>95</b>	\$194	\$187																							
Shelter Type Code <b>96</b>	\$194	\$194																							
Shelter Type Code <b>96</b> (No SUA)	\$ 27	\$ 18																							
Shelter Type Code <b>97</b>	\$194	\$187																							
Shelter Type Code <b>97</b> (No SUA)	\$ 16	\$ 16																							
Shelter Type Code <b>98</b>	\$ 16	\$ 16																							

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

State Notice

The State mailed the Mass Notice of Intent to Change SNAP/NYC October 2016 (see **Attachment A**) to all SNAP households including those whose NYSNIP standardized benefits will remain the same.

System changes


The Welfare Management System (WMS) has been programmed to reflect the NYSNIP benefit changes. Most cases were rebudgeted centrally through a mass rebudget on September 18, 2016. Cases that were rebudgeted have a 10/A/16 budget effective date.

*Effective October 1, 2016*

**Reference:**

GIS 16 TA/DC050

**Attachments:**

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

**Attachment A** Mass Notice of Intent to Change SNAP/NYC October 2016

**Attachment B** Mass Notice of Intent to Change SNAP/NYC October 2016 (Spanish)

**MASS NOTICE OF INTENT TO CHANGE SNAP/NYC  
OCTOBER 2016**

**Case Number:**  
**Loc. Off./Unit/Worker:**

**General Telephone No. for  
Questions or Help:**

Dear SNAP Recipient:

Beginning October 1, 2016, some items used to figure the amount of SNAP benefits a household gets will change. These changes are the result of federally-required changes to the following standards and deductions. The Standard Deduction for households of 1 to 3 persons will increase from \$155 to \$157. The Standard Deduction for households of more than three persons will not change. The SNAP Maximum Excess Shelter Deduction will increase by \$13, from \$504 to \$517.

The new Standard Utility Allowance (SUA) amounts, as of October 1, 2016 are:

<b>New York City</b>	Old SUA Values	New SUA Values
<b>Heating / Air Conditioning SUA Values</b>	\$768	\$758
<b>Basic Utility SUA Values</b>	\$304	\$300
<b>Phone SUA</b>	<b>\$33 (Unchanged)</b>	

*(Note: The SUA values other than the Phone SUA include amounts for water, sewage, and trash collection)*

These changes may affect the amount of SNAP benefits you get. Depending on your individual circumstance the amount of your monthly SNAP benefit may not change, or it may decrease or increase as a result of these changes.

The maximum amounts of SNAP benefits per household size, known as the "Thrifty Food Plan" amounts, will not change.

The minimum SNAP benefit amount that a one or two person household currently can receive, \$16.00 per month, will not change.

The Regulations which allows us to do this are **18 NYCRR 358-3.3(e)(1)(i), 387.10, 387.12 and 387.15.**

### **Reporting Rules**

**Most SNAP households with income only have to report changes every six months.** Every six months, you either will be asked to recertify, or will be mailed a form for you to use to report changes. **The one exception to this rule is if your household's gross monthly income becomes more than 130% of the federal poverty level.** Your gross income includes all income any member of your household received during the calendar month before taxes and other deductions are taken out, not the amount you receive when you receive your check.

See Chart Below. The dollar amount shown under your household size shows the new 130% of poverty income limit for your household, as of October 1, 2016. If your household's gross monthly income becomes greater than this amount, you must report the new gross monthly income amount to your social services office by phone, in writing, or in person within 10 days after the end of the month.

<b>Report Household Gross Income Over the Income Limits Below Based on Your Household Size:</b>										
HOUSEHOLD SIZE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Report if Gross Household Income Goes Over:	\$1,287	\$1,736	\$2,184	\$2,633	\$3,081	\$3,530	\$3,980	\$4,430	\$4,881	\$5,332

**Some households must report changes in their household circumstances within 10 days of the month following the month in which the change occurred. You must follow this reporting rule if your household has no income at all, if your household has no income from employment and all adults are either over age 60 or disabled, or if you receive SSI/SSD and you live in a state certified group home. Also, if your household contains a seasonal migrant farmworker, or if your household is certified for fewer than four months, or if your household is homeless ("undomiciled", without any shelter).**

CONTINUED ON THE REVERSE

XL0025 (08/16)

The reduction to your SNAP benefits is a federally-mandated mass change to SNAP benefits amounts. Pursuant to federal regulations at 7 CFR 271.7(f), there is no right to a fair hearing to dispute this reduction. If you think some other mistake, such as an improper computation, was made in figuring your SNAP benefits, you may ask for a Fair Hearing within 90 days of when your October 2016 SNAP benefits become available. You can ask for a fair hearing by writing to: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201; Faxing (518) 473-6735; on-line by requesting a forms at: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; or by calling toll-free: 1-800-342-3334.

LEGAL ASSISTANCE: If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. For the names of other lawyers, check your Yellow Pages under "Lawyers".

**The EBT CARD DESIGN HAS CHANGED. YOU DO NOT NEED TO ORDER A REPLACEMENT. YOUR CURRENT CARD WILL CONTINUE TO WORK.**

## **Important notice**

**Important notice enclosed. If you need help reading the notice, contact your worker.**

**Aviso importante adjunto. Si necesita ayuda para leer este aviso, comuníquese con su trabajador(a).**

**إخطار هام طيه. إذا احتجت إلى مساعدة في قراءة الإخطار خاطب مسؤول ملفك.**

**內附重要通告. 如需幫助閱讀此通告, 請與您的個案負責人接洽。**

**Avis important ci-joint. Si vous avez besoin d'aide pour lire cet avis, veuillez contacter votre collaborateur.**

**Gen yon avi enpòtan nan anvlòp la. Si ou bezwen èd pou li avi a, kontakte travayè sosyal ou.**

**중요한 통지서가 동봉되어 있습니다. 이 통지서를 읽는데 도움이 필요하시면, 담당 직원에게 연락하십시오.**

**Содержит важную информацию. Если при чтении этого извещения у Вас возникнут трудности, обратитесь к сотруднику, ведущему Ваше дело.**

**Có đính kèm thông báo quan trọng. Nếu cần được giúp đỡ để đọc bản thông báo này, xin liên lạc với nhân viên xã hội của quý vị.**

**א וויכטיגע מעלדונג איז בייגעלייגט. אויב איר דארפט הילף צו ליינען די מעלדונג, רופט אייער ארבעטער.**

**Importante avviso allegato. Se occorre aiuto per leggere l'avviso, rivolgersi al proprio operatore di riferimento.**

**PREAVISO GENERAL DE CAMBIOS EN SNAP  
OCTUBRE 2016 / NYC**

N° de caso:

Oficina Local / Unidad / Trabajador(a):

N° de teléfono general para  
preguntas o ayuda:

Estimado(a) beneficiario(a) de SNAP:

Comenzando el 1º de octubre de 2016, habrá cambios en algunos de los factores que se usan para determinar la cantidad del subsidio de SNAP que las unidades familiares reciben. Estos cambios son el resultado de cambios requeridos por el gobierno federal en los siguientes estándares y deducciones. La Deducción Estándar para un grupo familiar con 1 a 3 personas se incrementará de \$155 a \$157. La Deducción Estándar para un grupo familiar con más de 3 personas no cambiará. La Deducción Máxima de Asignación por Vivienda de SNAP aumentará en \$13, de \$504 a \$517.

**Los nuevos montos del Subsidio Estándar de Servicios Públicos (SUA, siglas en inglés) a partir del 1º de octubre de 2016 son:**

Ciudad de Nueva York	Montos antiguos SUA	Montos nuevos SUA
<b>Calefacción / Aire acondicionado Valores SUA</b>	\$768	\$758
<b>Servicios públicos básicos Valores SUA</b>	\$304	\$300
<b>Servicios telefónicos SUA</b>	\$33 (sin cambios)	

Nota: los valores SUA, aparte de la asignación SUA para gastos de teléfono, incluye montos correspondientes a agua, alcantarillado, y recolección de desperdicios

Dichos cambios pueden afectar la cantidad de SNAP que usted recibe. Según su situación en particular, el monto de la subvención mensual de SNAP que usted recibe quizás no se modifique, o puede que disminuya o aumente a consecuencia de estos cambios.

Los montos máximos de la subvención SNAP, según el número de integrantes del grupo familiar, conocido como los montos del «Plan Ahorrativo de Alimentos» (*Thrifty Food Plan*), no cambiarán.

El monto mínimo de la subvención SNAP que un grupo familiar compuesto por una o dos personas actualmente puede recibir, \$16.00 al mes, no cambiará.

Conforme Reglamentación **18 NYCRR 358-3.3 (e) (1) (i), 387.10, 387.12 y 387.15.**

**Reglas sobre informe de cambios**

**La mayoría de los hogares que reciben SNAP y tienen solamente ingresos, tienen que reportar cambios cada seis meses.** Cada seis meses, se le pedirá que ya sea, someta una revalidación o se le enviará por correo un formulario para que usted reporte los cambios. **La única excepción a esta regla es si el monto mensual de ingresos brutos del grupo familiar llega a sobrepasar el 130% del índice federal de pobreza.** El monto total de su ingreso mensual en bruto incluye todos los ingresos que los miembros de su grupo familiar reciben antes de impuestos y deducciones durante el mes calendario, y no la cantidad que usted recibe cuando cobra su cheque.

Examine el cuadro a continuación: la cantidad en dólares que se muestra debajo de la casilla que representa el número de integrantes del grupo familiar, muestra el nuevo límite de 130% del índice de pobreza correspondiente al grupo familiar a partir del 1º de octubre de 2016. Si el total mensual de ingresos brutos de su grupo familiar sobrepasa ese monto, usted debe reportar la nueva cantidad mensual del ingreso bruto a su distrito de servicios sociales, ya sea por teléfono, por escrito o en persona dentro de 10 días de finalizar el mes.

Reporte ingresos brutos del grupo familiar que sobrepasen los niveles de ingresos límite que se muestran a continuación según el número de integrantes del grupo familiar										
NÚMERO DE INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reportar si el ingreso bruto del grupo familiar sobrepasa	\$1,287	\$1,736	\$2,184	\$2,633	\$3,081	\$3,530	\$3,980	\$4,430	\$4,881	\$5,332

Ciertos grupos familiares deben continuar reportando cambios que afectan la habilitación para recibir SNAP. Dichos cambios deben reportarse dentro de 10 días del mes posterior en el que se dio el cambio. Debe seguir esta regla de reporte de cambios si su grupo familiar no recibe ningún tipo de ingresos; o si su grupo familiar no percibe ingresos devengados de un empleo y todos los adultos tienen ya sea 60 años de edad o más; o tienen una incapacidad; o si usted recibe SSI / SSD y vive en una residencia grupal certificada por el Estado. Además, si uno de los integrantes de su grupo familiar es trabajador agrícola migrante-estacional o si su grupo familiar ha sido certificado por menos de cuatro meses, o si su grupo familiar está desamparado («sin domicilio», sin albergue).

La reducción de su subsidio SNAP es un cambio general exigido por el gobierno federal a los montos del subsidio SNAP. Conforme reglamentación 7 CFR 271.7 (f), no hay derecho a una Audiencia Imparcial con el fin de impugnar la reducción. Si cree que nos hemos equivocado al calcular el monto de su subsidio SNAP; o cree que hemos hecho un error al determinar su habilitación para recibir el subsidio SNAP, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal dentro de 90 días contados a partir de la fecha en octubre de 2016 cuando el subsidio SNAP es acreditado a su cuenta. Puede solicitar una audiencia imparcial mandando una carta a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany New York 12201; por fax al (518) 473-6735; por internet, solicitando un formulario en el sitio web <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; o llamando gratis al 1-800-342-3334.

ASISTENCIA LEGAL: si cree que necesita representación legal en la resolución del presente problema, puede obtener los servicios de un abogado, sin costo alguno, comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (*Legal Aid Society*) u otra asociación de defensa legal. Puede encontrar los nombres de otros abogados en la páginas amarillas, bajo "Abogados" ("Lawyers").

**EL DISEÑO DE LA TARJETA EBT HA SIDO MODIFICADO. NO ES NECESARIO ORDENAR UNA DE REMPLAZO. SU TARJETA ACTUAL CONTINUARÁ FUNCIONANDO.**

## Important notice

Important notice enclosed. If you need help reading the notice, contact your worker.

Aviso importante adjunto. Si necesita ayuda para leer este aviso, comuníquese con su trabajador(a).

إخطار هام طيه. إذا احتجت إلى مساعدة في قراءة الإخطار خاطب مسؤول ملفك.

內附重要通告. 如需幫助閱讀此通告, 請與您的個案負責人接洽。

Avis important ci-joint. Si vous avez besoin d'aide pour lire cet avis, veuillez contacter votre collaborateur.

Gen yon avi enpòtan nan anvlòp la. Si ou bezwen èd pou li avi a, kontakte travayè sosyal ou.

중요한 통지서가 동봉되어 있습니다. 이 통지서를 읽는데 도움이 필요하시면, 담당 직원에게 연락하십시오.

Содержит важную информацию. Если при чтении этого извещения у Вас возникнут трудности, обратитесь к сотруднику, ведущему Ваше дело.

Có đính kèm thông báo quan trọng. Nếu cần được giúp đỡ để đọc bản thông báo này, xin liên lạc với nhân viên xã hội của quý vị.

א וויכטיגע מעלדונג איז בייגעלייגט. אויב איר דארפט הילף צו ליינען די מעלדונג, רופט אייער ארבעטער.

Importante avviso allegato. Se occorre aiuto per leggere l'avviso, rivolgersi al proprio operatore di riferimento.