



OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING


James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #16-87-EMP

(This Policy Bulletin Replaces PB #01-43-EMP, PB #03-44-OPE and PB #10-76-OPE)

REVISIONS TO THE NOTICE OF INTERVIEW (W-116G), THE EMPLOYMENT APPOINTMENT NOTICE (W-116H) AND THE PARTICIPANT STATEMENT OF UNDERSTANDING (EXP-76G)

<p>Date: November 9, 2016</p>	<p>Subtopic(s): Forms, Employment</p>
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>W-116G</p> <p>W-116H</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff at Job Centers as well as other Family Independence Administration (FIA) staff that are involved with the Grant Diversion Program (GDP) that the Notice of Job Interview form (W-116G), the Employment Appointment Notice (W-116H), and one of the snippets for the Participant Statement of Understanding (EXP-76G) have been revised.</p> <p>Detail on the use of all three forms can be found in PD #15-28-EMP.</p> <p>The W-116G has been revised as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A statement has been added to inform participants that the location of the interview and orientation may differ than the assigned work location • Reasonable Accommodation language has been added • Definitions for appropriate, accessible, affordable, and suitable child care have been added to page 2 • The NYS Minimum Wage amount on page 2 of the form has been changed to a variable field where the New York City Work Accountability and You (NYCWAY) system will enter the minimum wage • Minor changes in language were made to increase readability <p>The W-116H has been revised as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Job Type and Worker Name have been removed from the top right of the form • Worker Telephone Number is now just Telephone Number and will be the same number printed as part of 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

- Minor changes in language were made to increase readability
- Reasonable Accommodation language has been added

EXP-76G

Due to a contractual 3% salary increase for Job Training Program participants, the snippet used for the hourly rate fillable field on the **EXP-76G** has been revised to now reflect **\$12.14** an hour. For non-fillable versions (including foreign language versions), staff must accurately record this new hourly rate.

Center Directors must ensure that all existing versions of these forms are removed from circulation and recycled.

Effective Immediately


Related Items:

[PD #10-07-EMP](#)

[PD #15-28-EMP](#)

Attachments:

- | | |
|--------------------|--|
| W-116G | Notice of Job Interview (Rev. 11/09/16) |
| W-116G (S) | Notice of Job Interview (S) (Rev. 11/09/16) |
| W-116H | Employment Appointment Notice (Rev. 11/09/16) |
| W-116H (S) | Employment Appointment Notice (S) (Rev. 11/09/16) |
| EXP-76G | Grant Diversion Program Statement of Understanding (Rev. 11/09/16) |
| EXP-76G (S) | Grant Diversion Program Statement of Understanding (S) (Rev. 11/09/16) |

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Case Type: _____
Caseload: _____

Notice of Job Interview

As part of the Grant Diversion Program, _____ would like to interview you for a temporary position in a government and/or not-for-profit job. We have determined that you must comply with HRA's work rules. You are being offered an opportunity to gain work experience through a paid, temporary position.

Your interview is for a job with: _____

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Location Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____


Travel Directions:

Note that your interview and orientation sites may be in a different borough than where you live. However, your permanent work location will be based on where you live.

If you are unable to keep this appointment, please call the number above on or before the appointment date.

This is a mandatory engagement appointment. Failure to report without good cause may result in your Cash Assistance and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits being reduced or stopped.

Do you have a disability or health condition that makes it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking? Does this condition make it hard for you to get other services at HRA? Call us at **212-331-4640** and we can help you. You can also ask for help when you visit an HRA office. You have a right to ask for this kind of help under the law.

(continued on next page) 

If a job offer is made after your interview, only the following reasons are acceptable, or good cause, reasons for refusing a job offer:

- The job offer is not bona fide. This means that the offer was for a job that did not exist, is already taken, or was already promised to someone else.
- You do not have appropriate, accessible, affordable, and suitable child care.
 - Appropriate – The provider is open during the times when you would be asked to work. If your child has special needs, that the provider is able to care for those need
 - Accessible – You can get to the provider by bus, train or car and your total travel time from home, to the provider, and then to work, is not more than one hour and fifteen minutes
 - Affordable – The provider does not charge more than what HRA pays. If the provider does charge more than what HRA pays, you can afford to pay the difference
 - Suitable – The provider and the facility meet standards any parent would want for their child
- The salary or wage offered by the employer is less than the minimum wage. Minimum wage in New York State is \$_____ per hour.
- A strike, lockout or other public or private industrial controversy is happening at the place employment is offered.
- Necessary supportive services are unavailable.
- The job is dangerous to your life or health, or there is no worker's compensation, when there should be. (Must be supported by a medical evaluation and documentation saying that you are unable to work on a certain task or under certain environmental conditions.)
- The job involves illegal activity.
- The refusal is caused by a situation beyond your control.
- Accepting a job would cause loss of cash income for the household and an additional supplement will not be issued to prevent the loss of cash income.
- A personal or family emergency, such as an accident or illness, prevents you from being available to work and you have promptly notified your JOS/Worker.

If you think that you have a good cause reason for not attending this job interview, you have to tell us the reasons why. You may be asked to give us proof of those reasons.

If you have any questions, please call your JOS/Worker.

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Tipo de Caso: _____
Unidad de Casos: _____

Aviso de Entrevista de Trabajo

Como parte del Programa de Reasignación de Concesiones, a _____ le gustaría entrevistarle a usted para un empleo provisional en el gobierno y/o una agencia sin fines de lucro. Nosotros hemos determinado que usted debe cumplir las reglas de trabajo de la HRA. A usted se le ofrece una oportunidad para adquirir experiencia laboral mediante un empleo provisional pagado.

Se trata de una entrevista para un trabajo con: _____

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____

Nombre del Local: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

Tenga presente que tanto el local de su entrevista como el de su orientación pueden estar ubicados en un condado distinto de donde usted reside. Sin embargo, el lugar permanente de trabajo se basará en el local de su residencia.

Si usted no puede asistir a esta cita, favor de llamar al número indicado arriba el día de la cita o antes de la misma.

Esta cita es de participación obligatoria. El no presentarse como debido sin motivo justificado puede resultar en la reducción o suspensión de sus beneficios de Asistencia en Efectivo (CA) y/o del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

¿Padece usted una discapacidad o afección médica que le dificulte entender este aviso o llevar a cabo lo solicitado en el mismo? ¿Esta afección le dificulta obtener otros servicios de la HRA? Llámenos al **212-331-4640** y nosotros le prestaremos ayuda. Usted también puede solicitar ayuda cuando visite una oficina de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

(continuación en la próxima página) 

Si se le ofrece un trabajo tras la entrevista, sólo se considerarán aceptables las razones, o motivos justificados, indicados a continuación de rechazar la oferta de empleo:

- La oferta de trabajo no es genuina. Esto significa que la oferta fue para un trabajo que no existía, para uno que ya se ha aceptado, o para uno que ya se había prometido a otra persona.
- Usted no tiene cuidado infantil apropiado, accesible, asequible y adecuado.
 - Apropiado – El proveedor está abierto durante las horas en las que usted tendría que trabajar. Si su niño(a) tiene necesidades especiales, el proveedor las puede atender
 - Accesible – Usted puede transportarse al proveedor por autobús, tren o automóvil, y el total de su tiempo de viaje del hogar al proveedor, y luego al trabajo, no excede de una hora y quince minutos
 - Asequible – El proveedor no cobra más de lo que paga la HRA. Si el proveedor cobra más de dicho monto, usted puede pagar la diferencia
 - Adecuado – El proveedor y la instalación cumplen normas que todo padre/madre querría para su hijo(a)
- El salario o pago ofrecido por el empleador es menos del salario mínimo. El salario mínimo del Estado de Nueva York suma \$ _____ a la hora.
- Ha sucedido en el lugar de trabajo una huelga, cierre u otra controversia industrial pública o privada.
- No están disponibles los servicios de apoyo necesarios.
- El trabajo es peligroso para su vida o salud, o no hay disponible compensación al trabajador, en el caso que debería haberla. (A documentarse por una evaluación y comprobantes médicos que declaren que usted no puede trabajar en ciertos deberes, o bajo ciertas condiciones ambientales).
- El trabajo implica actividad ilegal.
- El rechazo se debe a una situación ajena a su voluntad.
- Aceptar el trabajo resultaría en la pérdida de ingresos de dinero en efectivo para el hogar y no se emitirá suplemento adicional para prevenir la pérdida de ingresos de dinero en efectivo.
- Una emergencia personal o familiar, tal como un accidente o enfermedad, le impide la disponibilidad para trabajar, y usted se la ha notificado inmediatamente a su JOS/Trabajador.

Si usted considera que cuenta con motivo justificado por no asistir a esta entrevista de trabajo, usted debe informarnos de ello. Se le puede solicitar comprobante de su motivo justificado.

Ante cualquier pregunta, favor de llamar a su JOS/Trabajador.

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Telephone Number: _____

Employment Appointment Notice

We have a temporary job opportunity for you! The job will be paid employment with a New York City public or private agency. When you come to the appointment below, we will tell you more about this job.

Please report to your appointment as follows:

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

SAMPLE

This is a mandatory appointment. Not keeping this appointment may result in your Cash Assistance and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits going down or being stopped. If you have any questions or you can't keep this appointment, please call us before the date above.

Do you have a disability or health condition that makes it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking? Does this condition make it hard for you to get other services at HRA? Call us at **212-331-4640** and we can help you. You can also ask for help when you visit an HRA office. You have a right to ask for this kind of help under the law.

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Número de Teléfono: _____

Aviso de Cita de Empleo

¡Nosotros tenemos una oportunidad de empleo temporario para usted! El trabajo será empleo pagado con una agencia de empleo privada o pública de la Ciudad de Nueva York. Al presentarse a la cita a continuación, le prestaremos más información sobre este trabajo.

Favor de presentarse a la siguiente cita:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____

Nombre del Local: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje: _____

SAMPLE

Ésta es una cita obligatoria. El no cumplir esta cita puede resultar en la reducción o suspensión de sus beneficios de Asistencia en Efectivo y/o del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). Si usted tiene cualquier pregunta, o si no puede asistir a la cita, favor de llamarnos previo a la fecha antemencionada.

¿Padece usted una discapacidad o afección médica que le dificulte entender este aviso o llevar a cabo lo solicitado? ¿Esta afección le dificulta obtener otros servicios de la HRA? Llámenos al **212-331-4640** y nosotros le prestaremos ayuda. Usted también puede solicitar ayuda al visitar una oficina de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
JTP Unit Center: _____

Grant Diversion Program Statement of Understanding

Participant's Information

Print Name: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Telephone Number: _____

I understand that I am being enrolled in the Grant Diversion Program (GDP) / _____ for _____ months. The GDP provides subsidized earned income and on-the-job training. My participation in the GDP means that my Cash Assistance (CA) grant will be diverted to the employer in exchange for on-the-job training and a semimonthly salary.

I will be employed with the _____.

In connection with my participation in the GDP, I have been advised and agree that:

1. I am being referred for a job that will/will not require some physical activity and I believe that I will be able to successfully complete my assigned tasks.
2. For purposes relating to work requirements, I shall be considered **employed full time**.
3. I am required to work a total of **40 hours** per week and I will be paid \$ _____ per hour. If I am unable to work the full 40 hours per week, my salary will be reduced to reflect only the hours I have worked.
4. Any income that is earned will be budgeted toward both my CA and Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits. I am responsible for paying my own rent, utilities, and transportation expenses. Any permanent changes in my earned income must be reported to my Job Center within ten (10) business days from the end of the month to request a supplement.
 - If I miss work because of a documented illness or other emergency beyond my control and my pay is reduced below the amount of my household needs, I may be eligible to receive a supplemental grant from the Family Independence Administration (FIA). I must request a supplement at my assigned Job Training Program (JTP) Job Center Unit within ten (10) business days after the month of receipt of the reduced paycheck. I understand that in most cases, my earned semimonthly wages will exceed my CA grant. I also understand the SNAP program does not recognize temporary changes in income and, therefore, no supplemental SNAP will be issued for my absences.
 - I understand that if I am eligible, the amount of the supplemental grant will only be in the amount necessary to meet my household's needs and not the amount of the reduction of my paycheck.

5. I am required to attend _____ full day(s) or _____ hours of paid job search per week.
6. I am still required to keep all mandatory CA appointments (example: Face-to-Face appointments). If I do not attend all mandatory appointments, my CA case may be affected. If I become ineligible for CA or my grant is reduced because I failed to keep any mandatory appointments, or for another reason, I may become ineligible to participate in the GDP.
7. If as an eligibility requirement for CA I am mandated to attend a treatment program, I understand it will be my responsibility to attend the program during hours that will not affect my participation in the GDP.
8. My eligibility for medical assistance will not be affected during the period in which I am participating in the GDP.
9. In the event that I request a Fair Hearing and continuing aid because I disagree with the budgeting of my CA grant, my participation in the GDP will be terminated and, along with it, my salary, unless I withdraw my request for continuing aid.
10. Participation in a housing subsidy program, other than Section 8 or New York City Housing Authority (NYCHA), will disqualify me from participation in the GDP.
11. If for any reason my subsidized employment with the GDP ends, I must notify my assigned GDP _____ Job Center Unit within ten (10) business days of the termination.
12. I may be subject to reduction or termination of my CA and SNAP if without good cause, I:
 - Refuse an offer of permanent employment;
 - Voluntarily terminate employment; or
 - Bring about my own termination from employment.

If I willfully and without good cause refuse or fail to comply with a CA work activity, I will be subject to a reduction or termination of my CA in accordance with 18 NYCRR § 385.12.

I have read the Statement of Understanding for Job Training Program Participants. I understand and agree to comply with all of the requirements. I further understand that if I provide any false information or documentation related to my participation in the Job Training Program, I will be subject to penalties.

Participant's Signature

Date

If there are any problems with your case, such as a child care emergency or other emergency, or if you have any question regarding your CA budget, please call the GDP _____ Job Center Unit at _____.

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro de la Unidad de JTP: _____

Declaración de Acuerdo del Programa de Reasignación de Concesión

Información del Participante

Letra de molde: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____

Entiendo que se me está inscribiendo en el Programa de Reasignación de Concesión (Grant Diversion Program –

GDP)/ _____ por _____ meses. El GDP provee ingreso salarial subsidiado y capacitación en el local de trabajo. Mi participación en el GDP significa que se le reasignará al empleador mi concesión de Asistencia en Efectivo (CA) a cambio de capacitación en el local de trabajo y un salario quincenal.

Me empleará el _____.

Con respecto a mi participación en el GDP, se me ha informado lo siguiente, lo cual acepto:

1. Se me está enviando a un trabajo que requerirá/no requerirá cierta actividad física y estimo que lograré realizar satisfactoriamente las tareas que se me asignen.
2. En cuanto a los requisitos de trabajo, se me clasificará **empleado(a) a tiempo completo**.
3. Se requiere que yo trabaje un total de **40 horas** a la semana y se me pagará \$ _____ la hora. Si no puedo trabajar las 40 horas semanales totales, se reducirá mi salario de acuerdo con las horas que haya trabajado.
4. Todo ingreso salarial se destinará al presupuesto de tanto mi concesión de CA y como de mis beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). Tendré la responsabilidad de pagar mi propio alquiler, servicios públicos y transporte. Para poder solicitar un suplemento, se tiene que reportar cualquier cambio permanente en mi ingreso salarial a mi Centro de Trabajo (Job Center) dentro de diez (10) días laborables a partir del fin del mes.
 - Si falto al trabajo debido a una enfermedad documentada u otra emergencia fuera de mi control, y mi sueldo se reduce a menos de la cantidad necesaria para cubrir mis gastos domésticos, puede que yo tenga derecho a recibir una concesión suplementaria de parte de la Administración de Independencia Familiar (FIA). Debo solicitar suplemento en la Unidad del Centro de Trabajo del Programa de Capacitación Laboral (JTP) que se me ha asignado dentro de diez (10) días laborables después del mes en que reciba mi cheque de paga reducido. Entiendo que en la mayoría de los casos, mi sueldo quincenal excederá de mi concesión de CA. Además, entiendo que el programa de SNAP no reconoce los cambios temporarios de ingreso, y por lo tanto, no se otorgarán concesiones suplementarias de SNAP para mis ausencias.
 - Entiendo que si soy elegible, la cantidad de la concesión suplementaria sólo sumará la cantidad para satisfacer las necesidades de mi hogar y no la cantidad reducida de mi cheque de paga.

5. Se requiere que yo asista _____ día(s) completos o _____ horas a la semana en búsqueda de trabajo pagada.
6. Aún tengo la obligación de cumplir todas las citas obligatorias de CA (por ejemplo: las citas en persona). Se puede ver afectado mi caso de CA, si no asisto a todas las citas obligatorias. Si pierdo mi elegibilidad para CA o si se reduce mi concesión por incumplimiento de las citas obligatorias, o por otra razón, puedo perder mi elegibilidad para participar en el GDP.
7. Si se me obliga a asistir a un programa de tratamiento, como condición de elegibilidad para CA, entiendo que seré responsable de asistir al programa durante las horas que no afecten mi participación en el GDP.
8. Mi elegibilidad respecto a asistencia médica no se verá afectada durante el período de mi participación en el GDP.
9. Mi participación en el GDP se cancelará así como mi salario, en caso de yo solicitar una Audiencia Imparcial y asistencia continua por no aceptar el presupuesto de mi concesión de CA, a menos que yo retire mi petición de asistencia continua.
10. La participación en un programa de vivienda subsidiada aparte de la de Sección 8 o la de la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Nueva York (NYCHA), me descalificará de participar en el GDP.
11. Si por alguna razón mi empleo subsidiado con el GDP se termina, debo notificar a mi Unidad del Centro de Trabajo asignada _____ del GDP, dentro de los diez (10) días laborables de terminarse el empleo.
12. Mi Asistencia en Efectivo y beneficios de SNAP pueden ser reducidos o terminados si, sin motivo justificado yo:
 - Rechazo una oferta de empleo permanente;
 - Dejo el empleo voluntariamente; o
 - Causo la terminación de mi empleo.

Si rehúso cumplir o fallo sin motivo justificado o intencionalmente a una actividad de trabajo de CA, estaré sujeto(a) a la reducción o terminación de mi CA, conforme a 18 NYCRR § 385.12.

He leído la Declaración de Acuerdo para los Participantes del Programa de Capacitación Laboral. Entiendo y convengo cumplir todos los requisitos. Entiendo además que si proporciono información o documentación falsa respecto a mi participación el Programa de Capacitación Laboral, estaré sujeto(a) a sanciones.

Firma del Participante

Fecha

Si surge alguna dificultad con su caso, tal como una emergencia de cuidado infantil o de otra índole, o si usted tiene preguntas respecto al presupuesto de su Asistencia en Efectivo, por favor llame a la Unidad del Centro de Trabajo

_____ del GDP al _____.