



OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #17-43-OPE

REPORTED HOSPITALIZATION

Date: April 13, 2017	Subtopic(s): Temporarily Absent, WeCARE, RAR Operations
<p>Refer to PD #08-16-ELI</p> <p>Refer to PD #16-26-OPE for additional information on the RAR Operations Unit</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to provide HRA staff and vendors/contractors with instructions on processing a temporary medical exemption from engagement requirements when the agency is informed of a an applicant's/participant's hospitalization (either directly or through collateral contact).</p> <p>When an HRA Worker or vendor/contractor worker learns of an applicant's/participant's hospitalization, the worker must attempt to ascertain when the hospitalization occurred and the expected duration of the hospital stay. If this information cannot be obtained, the agency must assume that the hospitalization occurred the day it was reported, and will last 45 days. If the applicant/participant is expected to be hospitalized for more than 45 days, it cannot be considered a temporary hospitalization.</p> <p>In addition to this policy, Job Center staff must also adhere to PD #08-16-ELI for detailed information on processing cases where an individual is temporarily absent from the home.</p> <p>HRA Workers and vendors/contractors who learn an applicant/participant has been temporarily hospitalized must notify the FIA Reasonable Accommodation Requests (RAR) Operations Unit by emailing FIAADA@hra.nyc.gov.</p> <p>The email must include the following information:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalized applicant's/participant's name, case number, suffix number, and line number • Start date and expected end date of hospitalization. • Date hospitalization was reported • Who reported the hospitalization

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

- How the hospitalization was reported (phone, email, during outreach, etc.)

Upon receiving this information, the FIA RAR Operations Unit must alert a supervisor. The supervisor will post Action Code **199M** (Medical Deferral) in the New York City Work Accountability and You (NYCWAY) system. When posting the **199M**, the Future Action Date (FAD) will be set to 45 days. Additionally, the supervisor must enter the information forwarded to the RAR Operations unit in the action code comments field or in a **100A** case note. To protect the applicant's/participant's privacy, it is important **NOT** to enter diagnoses and other health-related information in NYCWAY case notes.

The **199M** exempts the hospitalized applicant/participant from all in-office activity until the FAD expires. When the FAD expires, HRA will send the applicant/participant a notice that will instruct the applicant/participant on what to do next to meet HRA program requirements.

The **199M** will also generate the Notification of Temporary Assistance Work Requirements Determination (Exempt) (**LDSS-4005 NYC**) that informs the applicant/participant of his or her temporary exemption from work rules due to a medical deferral. This notice will provide the FIA RAR Operations Unit telephone number for applicant's/participant's to call with questions.

Note: HRA does not require documentation to substantiate the hospitalization before exempting the applicant/participant.

In addition to posting the **199M** to exempt the individual from future call-ins, the FIA RAR Operations Unit supervisor must review the case for any pending negative actions and resolve the issues, as necessary.

Effective Immediately

Reference:
[03-INF-25](#)

Related Items:

[PD #16-26-OPE](#)

Home Visit Needed/Homebound (HVN/HB)
Status Request/Reasonable Accommodation
Request (RAR) Unit

[PD #08-16-ELI](#)

Continuing Cash Assistance for Individuals
Temporarily Absent from the Home


Attachments:

**LDSS-4005
NYC**

Notification of Temporary Assistance Work
Requirements Definition (Exempt) (Rev. 5/16)

**LDSS-4005
NYC (S)**

Notification of Temporary Assistance Work
Requirements Definition (Exempt) (Spanish)
(Rev. 5/16)

 Please use Print on
Demand to obtain copies
of forms.

NOTIFICATION OF TEMPORARY ASSISTANCE WORK REQUIREMENTS DETERMINATION (EXEMPT)

NOTICE DATE:		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CN NUMBER			
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS				
<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; padding: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> </div>		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP _____ <hr/> OR Agency Conference _____ Fair Hearing information and assistance _____ Record Access _____ Legal Assistance information _____		
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NO.

PART 1 (Medical)

_____ HAS BEEN DETERMINED TO BE EXEMPT FROM PARTICIPATING IN TEMPORARY ASSISTANCE WORK ACTIVITIES EFFECTIVE _____ because according to medical evidence he/she is currently unable to work due to a medical issue. The Department of Social Services may require additional evidence in the future to evaluate his/her ability to work. The Department may also require him/her to participate in a treatment program or other services that could restore or improve the ability to work.

IF THIS SECTION (PART 1) IS CHECKED, YOU HAVE 10 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING. Please see the REVERSE of this page for instructions describing how to request a fair hearing.

The law and regulations that allow us to do this are Social Services Law 332-b and 18 NYCRR 385.2.

PART 2 (Other than Medical)

_____ HAS BEEN DETERMINED TO BE EXEMPT FROM PARTICIPATING IN TEMPORARY ASSISTANCE WORK ACTIVITIES EFFECTIVE _____ because he/she is

- _____ Pregnant and within thirty days from the expected date of delivery.
- _____ The parent or other caretaker of a child under three months of age who is personally providing care for the child and who has not already been exempt for this reason for twelve months. This exemption may be extended for up to twelve months based on local policy.
- _____ Sixty years of age or older.
- _____ Under the age of nineteen and attending secondary, vocational or technical school full-time.
- _____ Needed in the home to care for a medically verified ill, incapacitated or disabled household member and no other appropriate household member is available to provide the care.

This means that _____ will not be assigned to a work activity as long as he/she remains exempt from work activities. However, he/she may be required to provide additional evidence in the future to determine if he/she continues to be exempt.

IF THIS SECTION (PART 2) IS CHECKED, YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING. Please see the REVERSE of this page for instructions describing how to request a fair hearing.

The law and regulations that allow us to do this are Social Services Law 332-b and 18 NYCRR 385.2.

BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

Enclosure

DISTRIBUTION: White – CLIENT/FAIR HEARING COPY Yellow – CLIENT COPY Pink – AGENCY COPY

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:
-------	----------	--------------

SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) IMPLICATIONS: This notice applies only to your requirement to participate in temporary assistance work activities. You may or may not be required to participate in SNAP Employment and Training (SNAPET) activities. You were notified of the SNAP employment responsibilities and exemptions in the LDSS-4148A: *What You Should Know About Your Rights and Responsibilities, Book 1*. If you have any questions about your SNAP employment requirements, ask your worker.

CONFERENCE AND FAIR HEARING SECTION – DO YOU THINK WE ARE WRONG?

If you think our decision was wrong, you can ask for a review of our decision. If we made a mistake, we will correct it. You can do both 1 and 2:

1. Ask for a meeting (conference) with one of our supervisors; 2. Ask for a State fair hearing with a State hearing officer.

The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) policy issuances and manuals are posted on the OTDA website at otda.ny.gov/legal. These issuances and manuals are available to you or your representative to determine whether a fair hearing should be requested or to prepare for a fair hearing. In addition, upon request to your local social services district, specific OTDA policy issuances and manuals will also be available to assist you or your representative.

- CONFERENCE** (Informal meeting with us) - If you think our decision was wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a meeting. To do this, call the conference phone number on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. **If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you do not want to have to comply with work requirements until a fair hearing decision is issued, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not remove your requirement to participate in work activities.**
- STATE FAIR HEARING – YOU HAVE 10 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING IF YOU HAVE BEEN DETERMINED TO BE EXEMPT BECAUSE YOU ARE UNABLE TO WORK DUE TO A MEDICAL CONDITION (IF PART 1 IS CHECKED). YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING IF YOU HAVE BEEN DETERMINED TO BE EXEMPT FOR A NONMEDICAL REASON (IF PART 2 IS CHECKED).**

HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING: You can ask for a fair hearing by **mail**, by **phone**, by **fax**, by **walk-in** or **online**.

Mail: Send a copy of this notice *completed* to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Please keep a copy for yourself.

- I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Phone: 800-342-3334 (Please have this notice with you when you call.)

Fax: Fax a copy of the front and reverse of this notice to: (518) 473-6735

Walk-In: Bring a copy of this entire notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn, New York.

Online: Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>.

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

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. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. 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 this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing. At the hearing, you and your lawyer or other representative will have a chance to explain why we are wrong and a chance to give the hearing officer written papers that explain why we are wrong.

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements. At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

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".

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 file. If you call, write or fax to 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 to us, we will send you free copies of other 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, or 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 us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

AVISO DE DETERMINACIÓN DE REQUISITOS DE TRABAJO DE ASISTENCIA TEMPORAL (EXENTO)

NOTIFICACIÓN FECHA:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
CASO NÚMERO	NÚMERO CIN			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo, si está presente) Y DOMICILIO				
<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; padding: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> </div>		NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____ <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> Conferencia con la Agencia _____ Audiencias Imparciales Información y Asistencia _____ Acceso a los Archivos _____ Información sobre Asistencia Legal _____		
Nº DE OFICINA	Nº DE UNIDAD	Nº DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A) DE CASOS	Nº DE TELÉFONO

PARTE 1 (razones médicas)

SE HA DETERMINADO QUE _____ ESTÁ EXENTO(A) DE DESEMPEÑAR ACTIVIDADES DE TRABAJO, SEGÚN LO REQUIERE EL PROGRAMA DE ASISTENCIA TEMPORAL, porque, según comprobantes médicos, él / ella no puede trabajar por razones de salud. Es posible que en el futuro, el departamento de servicios sociales pida comprobantes adicionales con objeto de evaluar la capacidad de trabajar de dicha persona. También, es posible que se le pida participar en un programa o servicio de tratamiento que tenga como objetivo restablecer o mejorar la capacidad para trabajar.

SI LA SECCIÓN, PARTE 1, ESTÁ MARCADA, USTED TIENE 10 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTE AVISO, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL. Vea el REVERSO de esta página para informarse sobre cómo solicitar una audiencia imparcial.

La legislación y disposiciones que nos permiten tomar esta medida son la Ley de Servicios Sociales 332-b y 18 NYCRR 385.2

PARTE 2 (otras razones que no sean médicas)

SE HA DETERMINADO QUE _____ ESTÁ EXENTO(A) DE DESEMPEÑAR ACTIVIDADES DE TRABAJO, SEGÚN LO REQUIERE EL PROGRAMA DE ASISTENCIA TEMPORAL, A PARTIR DE _____, porque:

- _____ Está embarazada y dentro del período de treinta días de la fecha prevista del parto.
- _____ Es el padre / la madre o la persona a cargo de un niño menor de tres meses de edad, el cual atiende personalmente, y dicho niño todavía no ha sido eximido por este motivo durante doce meses. La exención se puede prolongar por doce meses como máximo, según las reglas locales.
- _____ Tiene sesenta años de edad o más.
- _____ Tiene menos de diecinueve años de edad y asiste a tiempo completo a una escuela secundaria, vocacional o técnica.
- _____ Es necesario que permanezca en el hogar para atender a otro integrante del hogar que se encuentra enfermo o incapacitado, y no hay otro integrante del hogar que pueda brindar dichos cuidados.

Esto significa que a _____ no se le asignará trabajo mientras se mantenga vigente la exención de trabajo. Sin embargo, se le podrá solicitar en el futuro que proporcione información adicional con objeto de determinar si la exención debe continuar.

SI LA SECCIÓN, PARTE 2, ESTÁ MARCADA, USTED TIENE 60 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTE AVISO, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL. Vea el REVERSO de esta página para informarse sobre cómo solicitar una audiencia imparcial.

La legislación y disposiciones que nos permiten tomar esta medida son la Ley de Servicios Sociales 332-b y 18 NYCRR 385.2

LEA EL DORSO DE ESTE FORMULARIO PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN.

Adjunto

DISTRIBUCIÓN: Blanca – COPIA CLIENTE / AUDIENCIA IMPARCIAL

Amarilla – COPIA CLIENTE

Rosa – COPIA AGENCIA

NOMBRE:	DOMICILIO:	NÚMERO DE CASO:
---------	------------	-----------------

PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA SNAP / CONSECUENCIAS: este aviso tiene que ver solamente con los requisitos laborales de asistencia temporal. Es posible que deba participar en las actividades de empleo y capacitación para beneficiarios de SNAP. En el folleto titulado: LDSS-4148A SP «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades», Libro 1, se le informó sobre las obligaciones de empleo y exenciones que aplican a los beneficiarios de SNAP. Si usted tiene preguntas sobre los requisitos de empleo que los beneficiarios de SNAP deben cumplir, hable con la persona a cargo de su caso.

CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES: ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?

Si cree que nuestra determinación es incorrecta, solicite una revisión. Si hemos cometido un error, lo corregiremos. Usted puede tomar ambas medidas, 1 y 2.

1. Solicitar una reunión (conferencia) con un supervisor; 2. Solicitarle al Estado una audiencia imparcial con un funcionario estatal de audiencias.

Los manuales y publicaciones sobre políticas de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (OTDA) se encuentran publicadas en el sitio web de OTDA: otda.ny.gov/legal. Estas publicaciones y manuales están a su disposición o la disposición de su representante con el fin de ayudarlo a determinar si debería o no solicitar una audiencia imparcial o con el fin de ayudarlo a prepararse para una audiencia imparcial. Además, si lo solicita de su oficina de servicios sociales de distrito, publicaciones específicas de OTDA sobre políticas y manuales también estarán a su disposición o a la disposición de su representante con el fin de asistirle.

1. **CONFERENCIA** (reunión informal con nosotros): si usted cree que nuestra determinación fue incorrecta o si no entiende lo que hemos resuelto, sírvase llamar para concertar una reunión. Llame al número para conferencias que aparece en el **anverso** de este aviso o escríbanos a la dirección que aparece en esa misma página. En algunos casos, ésta es la forma más rápida de resolver este tipo de problemas. **Tiene derecho a una audiencia imparcial aunque solicite una conferencia. Si desea esperar por la decisión de la audiencia imparcial para cumplir con los requisitos de empleo, debe solicitar una audiencia imparcial de las maneras descritas más abajo. El solicitar solamente una conferencia no le excluye de cumplir con el requisito de trabajo.**
2. **AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL: USTED TIENE 10 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN ESTA NOTIFICACIÓN, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL SI SE HA DETERMINADO QUE USTED ESTÁ EXENTO DE TRABAJAR POR RAZONES DE SALUD. (SI SE HA MARCADO LA PARTE 1). USTED TIENE 60 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN ESTA NOTIFICACIÓN, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL SI SE LE HA DECLARADO NO EXENTO(A) POR UNA RAZÓN QUE NO SEA UNA RAZÓN DE SALUD (SI SE HA MARCADO LA PARTE 2).**

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Puede solicitar una audiencia imparcial **por correo, por teléfono, por fax, en persona o por internet.**

Por correo: rellene este aviso y envíelo a: *Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201.* Favor de quedarse con una copia.

- Deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la decisión de la agencia. (Puede explicar a continuación por qué no está de acuerdo, aunque no tiene que incluir una explicación por separado).

Por teléfono: 800-342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTE AVISO CUANDO LLAME)

Por fax: envíe por fax una copia del anverso y reverso de este aviso al: (518) 473-6735

En persona: traiga una copia de todas las partes de este aviso a la New York State Office of Temporary and Disability Assistance al 14 Boerum Place, Brooklyn.

Por internet: rellene una petición electrónica en el siguiente sitio: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>.

Si no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por fax, en persona o por internet, escriba para pedir una audiencia imparcial antes del vencimiento del plazo.

LO QUE SUCEDE EN UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: el Estado le enviará un aviso informándole cuándo y dónde se realizará la audiencia imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué cree que nuestra decisión es incorrecta. Puede traer consigo a un abogado, a un familiar o a un(a) amigo(a), o a alguien más que pueda ayudarlo a exponer su caso. Si no puede presentarse, puede enviar a otra persona en su representación. Si la persona que lo representará no es un abogado, debe entregarle a esta persona una carta, dirigida al funcionario de audiencias, en la que usted declara que desea que dicha persona lo represente en la audiencia. En la audiencia, usted y su abogado u otro representante, tendrán la oportunidad de explicar el porqué de nuestra equivocación, como también la oportunidad de presentar, ante el funcionario de audiencias, documentos que demuestren nuestra equivocación.

Con el fin de ayudarlo a exponer el motivo de nuestra equivocación, le sugerimos presentar testigos que puedan avalar su caso. También, le sugerimos presentar documentos tales como: comprobantes de pagos salariales, contrato de alquiler, recibos, cuentas médicas, etc. Durante la audiencia, usted y su abogado u otro representante, podrán interrogar a nuestros testigos, o a los que usted presente para avalar su caso.

ASISTENCIA LEGAL: si cree que necesita representación legal en la resolución de este 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 de su localidad. Puede encontrar los nombres de otros abogados en las páginas amarillas, bajo «Abogados» (*“Lawyers”*).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: en preparación para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama, nos escribe o nos envía un fax, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos contenidos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe o manda un fax, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación a la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llámenos al (718) 722-5012 o mande una carta a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.**

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente los solicita.

INFORMACIÓN: si desea información adicional sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos al número de teléfono señalado en el anverso de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.