



OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN # 17-45-EMP

ADDITIONAL FORMS FOR THE NEW CAREER SERVICES PROVIDERS

Date: April 26, 2017	Subtopic(s): Forms
<p>Refer to PB # 17-30-EMP for information on the new Career Services providers.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center staff and Out-Stationed Worker staff of the creation of new forms associated with the new Career Services providers.</p> <p>On April 3, 2017, HRA replaced the Back to Work (B2W) program with new Career Services programs: YouthPathways, CareerCompass, and CareerAdvance. As a result of the change in new providers, the following forms have been created:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The Mandatory Return Appointment to CareerCompass (FIA-1188k) and the Mandatory Return Appointment to YouthPathways (FIA-1188L) forms will be used to give applicants/participants mandatory return appointments to their assigned provider. • The Justification for DTS Request for Supplemental MetroCard Reimbursements (FIA-1188m) form will be used to provide applicants/participants with new or replacement MetroCards and provide clothing referrals. • The Career Services Internship Referral (FIA-1188n) form will be used to refer applicants/participants to a voluntary internship opportunity. Additionally, this form provides applicants/participants with information on what to do if they are no longer able or willing to participate in the voluntary internship. This form further advises applicants/participants of what to do if absent or late to their internship assignment. • The CareerCompass Community Service Referral (FIA-1188o) and YouthPathways Community Service Referral (FIA-1188p) forms will be used to provide applicants/participants with a referral to participate in community service to satisfy their work requirement. This form provides information to applicants/participants on what

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

they should do if they are no longer able to participate in community service due to a medical condition. Additionally, this form advises applicants/participants of steps they must take if absent or late to their community service assignment.

- The Appointment with CareerCompass for Reassessment (**FIA-1188q**) and Appointment with YouthPathways for Reassessment (**FIA-1188r**) forms will be used to refer participants for a reassessment of their career goals after the participants have completed six months of career services through their respective provider.
- The YouthPathways Service Referral (**FIA-1188s**) and CareerCompass Service Referral (**FIA-1188t**) forms will be used to provide applicants/participants with a referral to an alternative engagement provider. Alternative engagement providers are programs that provide career services to the public including NYC Small Business Services' Workforce1 Career Centers, not-for-profit programs, and other HRA-approved programs.
- The Transition of LINC Aftercare to CareerAdvance Provider (**FIA-1193**) form will be used to inform LINC participants that the Back to Work (B2W) has been replaced with CareerAdvance. This form encourages LINC participants to take advantage of the range of aftercare services that will be offered through CareerAdvance.
- The Letter of Introduction to the Living in Communities (LINC) Back to Work (B2W) Aftercare Program has been renamed the CareerAdvance Provider Aftercare Program (**HPA-10**). This form is used to inform recipients of a LINC I or LINC V housing subsidy of their assigned CareerAdvance provider. In addition, the **HPA-10** provides recipients with appointment information with their assigned provider for Aftercare services.

Refer to [PB #15-80-OPE](#)

Samples of the forms are attached.

Effective Immediately

Related Items:

[PB #17-30-EMP](#)

[PB #15-80-OPE](#)

☞ Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Attachments:

FIA-1188k (E)	Mandatory Return Appointment to CareerCompass (4/5/2017)
FIA-1188k (S)	Mandatory Return Appointment to CareerCompass (Spanish) (4/5/2017)
FIA-1188L (E)	Mandatory Return Appointment to YouthPathways (4/5/2017)
FIA-1188L (S)	Mandatory Return Appointment to YouthPathways (Spanish) (4/5/2017)
FIA-1188m (E)	Justification for DTS Request for Supplemental MetroCard Reimbursements (3/30/2017)
FIA-1188m (S)	Justification for DTS Request for Supplemental MetroCard Reimbursements (Spanish) (3/30/2017)
FIA-1188n (E)	Career Services Internship Referral (3/30/2017)
FIA-1188n (S)	Career Services Internship Referral (Spanish) (3/30/2017)
FIA-1188o (E)	CareerCompass Community Service Referral (3/29/2017)
FIA-1188o (S)	CareerCompass Community Service Referral (Spanish) (3/29/2017)
FIA-1188p (E)	YouthPathways Community Service Referral (3/29/2017)
FIA-1188p (S)	YouthPathways Community Service Referral (Spanish) (3/29/2017)
FIA-1188q (E)	Appointment with CareerCompass for Reassessment (3/28/2017)
FIA-1188q (S)	Appointment with CareerCompass for Reassessment (Spanish) (3/28/2017)
FIA-1188r (E)	Appointment with YouthPathways for Reassessment (3/29/2017)
FIA-1188r (S)	Appointment with YouthPathways for Reassessment (Spanish) (3/29/2017)
FIA-1188s (E)	YouthPathways Service Referral (3/28/2017)
FIA-1188s (S)	YouthPathways Service Referral (Spanish) (3/28/2017)
FIA-1188t (E)	CareerCompass Service Referral (3/28/2017)
FIA-1188t (S)	CareerCompass Service Referral (Spanish) (3/28/2017)
FIA-1193 (E)	Transition of LINC Aftercare to CareerAdvance Provider (4/4/2017)
FIA-1193 (S)	Transition of LINC Aftercare to CareerAdvance Provider (Spanish) (4/4/2017)
HPA-10 (E)	Letter of Introduction to the Living in Communities (LINC) CareerAdvance Provider Aftercare Program (4/26/2017)

HPA-10 (S)

Letter of Introduction to the Living in Communities (LINC) CareerAdvance Provider Aftercare Program (Spanish) (4/26/2017)

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

Mandatory Return Appointment to CareerCompass

We have scheduled a mandatory return appointment for you. You must go to the program location listed below. If you cannot keep this appointment, please call the telephone number below.

SAMPLE

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

Travel Directions:

See next page 

At the time of your appointment, please bring the following:

If you have an emergency or need to reschedule this appointment, call the telephone number listed on **page 1** before your appointment.

I understand that this is a mandatory appointment. If I do not go to this appointment, or miss other program requirements, my Cash Assistance benefits may be lowered or stopped. My Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits may also be lowered or stopped if I do not go to this appointment or if I do not do what the program requires for at least 30 hours each week. Failure to comply with Cash Assistance work requirements has no effect on my Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.

SAMPLE

Applicant/Participant Signature: _____ Date: _____

Worker Signature: _____ Date: _____

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: _____
Tipo del Caso: _____
Unidad de Casos: _____

Cita de Vuelta Obligatoria a CareerCompass

Le hemos programado a usted una cita de vuelta obligatoria. Usted debe presentarse al local del programa listado a continuación. Si no puede cumplir esta cita, favor de llamar al número de teléfono más abajo.

SAMPLE

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

Indicaciones de Viaje:

Vea la próxima página. 

A la hora de su cita, favor de traer lo siguiente:

Si se le presenta una emergencia o si necesita reprogramar la cita, llame antes de la misma al número de teléfono indicado en la **página 1**.

Entiendo que esta cita es obligatoria. Si no me presento a esta cita, o si no cumpla otros requisitos del programa, se me pueden reducir o cancelar los beneficios de Asistencia en Efectivo. Si no me presento a esta cita, o si no cumpla los requisitos del programa por las mínimas 30 horas semanales estipuladas, también se me pueden reducir o cancelar los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). El incumplimiento de los requisitos de trabajo de Asistencia en Efectivo no afecta mi elegibilidad para Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.

SAMPLE

Firma del Solicitante/Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Trabajador: _____ Fecha: _____

¿Padece usted una discapacidad o afección médica que le dificulte entender este aviso o cumplir el mismo? ¿Le dificulta esta afección obtener otros servicios de la HRA? Llámenos al **212-331-4640** y nosotros podremos ayudarle. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

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

Mandatory Return Appointment to YouthPathways

We have scheduled a mandatory return appointment for you. You must go to the program location listed below. If you cannot keep this appointment, please call the telephone number below.

SAMPLE

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

Travel Directions:

See next page 

At the time of your appointment, please bring the following:

If you have an emergency or need to reschedule this appointment, call the telephone number listed on **page 1** before your appointment.

I understand that this is a mandatory appointment. If I do not go to this appointment, or miss other program requirements, my Cash Assistance benefits may be lowered or stopped. My Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits may also be lowered or stopped if I do not go to this appointment or if I do not do what the program requires for at least 30 hours each week. Failure to comply with Cash Assistance work requirements has no effect on my Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.

SAMPLE

Applicant/Participant Signature: _____ Date: _____

Worker Signature: _____ Date: _____

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: _____
Tipo del Caso: _____
Unidad de Casos: _____

Cita de Vuelta Obligatoria a YouthPathways

Le hemos programado a usted una cita de vuelta obligatoria. Usted debe presentarse al local del programa listado a continuación. Si no puede cumplir esta cita, favor de llamar al número de teléfono más abajo.

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

Indicaciones de Viaje:

Vea la próxima página. 

A la hora de su cita, favor de traer lo siguiente:

Si se le presenta una emergencia o si necesita reprogramar la cita, llame antes de la misma al número de teléfono indicado en la **página 1**.

Entiendo que esta cita es obligatoria. Si no me presento a esta cita, o si no cumpla otros requisitos del programa, se me pueden reducir o cancelar los beneficios de Asistencia en Efectivo. Si no me presento a esta cita, o si no cumpla los requisitos del programa por las mínimas 30 horas semanales estipuladas, también se me pueden reducir o cancelar los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). El incumplimiento de los requisitos de trabajo de Asistencia en Efectivo no afecta mi elegibilidad para Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.

SAMPLE

Firma del Solicitante/Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Trabajador: _____ Fecha: _____

¿Padece usted una discapacidad o afección médica que le dificulte entender este aviso o cumplir el mismo? ¿Le dificulta esta afección obtener otros servicios de la HRA?
Llámenos al **212-331-4640** y nosotros podremos ayudarle. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.



Justification for DTS Request for Supplemental MetroCard Reimbursements

All fields MUST be completed! Incomplete forms will not be accepted!

Participant Information:		
Last Name:	First Name:	Case #:
Individual Status: (AC, AP, Sanctioned)	EBT Start Date per DTS:	Client Phone #:
Timekeeper Information:		
Provider Name:	Site Name & Address:	Site Code:
Timekeeper's Name:	E-mail:	Phone:
Supplemental MetroCard Reimbursement Details:		
Number of MetroCards Requested: Daily: _____ Weekly: _____	Total Amount Requested: (\$5.50 X Daily + \$32.00 X Weekly) _____	
Weekly cycle, during which the client needs this MetroCard Supplement: Date: (MM/DD/YY) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>		
Issuance Reason: <input type="checkbox"/> Lost/Stolen MetroCard (Police Report attached). <input type="checkbox"/> MetroCard was not picked up on Friday, preceding weekly cycle stated above. <input type="checkbox"/> Client claims an EBT problem that requires additional time for verification. <input type="checkbox"/> Referred to a job interview: Date of Interview: _____ (Referral attached). <input type="checkbox"/> Client referred for clothing: Clothing Vendor Name: _____ (Referral attached). <input type="checkbox"/> Other (must provide justification below).		
If you checked "Other", you must provide a detailed justification or explanation. Indicate the date(s) for which the supplemental MetroCard reimbursement is requested. <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
Participant's Signature:		Date:
_____ Timekeeper's Signature:		Date:



Justificación de Solicitud de DTS para Reembolsos Suplementarios de MetroCard

¡Todo campo DEBE ser llenado! ¡No se aceptarán los formularios incompletos!

Datos del Participante de _____ :		
Apellido:	Nombre:	Número del Caso:
Estado particular: (AC, AP, Sancionado)	Fecha de Comienzo de EBT según DTS:	Número de Teléfono del Cliente:
Información del Horario de _____ :		
Nombre del Proveedor:	Nombre y Dirección del Local:	Código del Local:
Nombre del Encargado del Horario:	Correo Electrónico:	Teléfono:
Datos del Reembolso Suplementario de MetroCard:		
Cantidad de las tarjetas Metrocard solicitadas:		Cantidad total solicitada:
A diario: _____	Semanal: _____	(\$5.50 X a diario + \$32.00 X semanal) _____
Plazo semanal, durante el cual el cliente necesite el Suplemento de MetroCard:		
Fecha: (MM/DD/AA) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> - <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Motivo de la Emisión:		
<input type="checkbox"/> El MetroCard se ha Perdido/Robado (informe policial en adjunto). <input type="checkbox"/> El MetroCard no se ha recogido el viernes, antes del plazo semanal indicado arriba. <input type="checkbox"/> El cliente reclama un problema de EBT que requiere tiempo adicional para verificación. <input type="checkbox"/> Envío a una entrevista de trabajo: Fecha de la entrevista: _____ (envío en adjunto). <input type="checkbox"/> Envío del cliente enviado para atuendo: Nombre del vendedor de atuendo: _____ (envío en adjunto). <input type="checkbox"/> Otro motivo (Se debe brindar justificación en los campos a continuación.)		
<p>En caso de marcar "otro motivo", usted debe brindar justificación o explicación en detalle. Indique la(s) fecha(s) por la(s) que ha solicitado el reembolso suplementario de Metrocard.</p>		
Firma del Participante:		Fecha:
Firma del Encargado del Horario de _____:		Fecha:

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

Career Services Internship Referral

You have been assigned by a Career Services provider to an internship opportunity. Internships are important in preparing you for employment and skills building. We are making this referral based on your discussions with your Career Services provider about your skills, interests and career goals. This referral shows the type of internship you wish to take part in, the name of the organization and the location.

Your internship will start with an orientation where you will discuss the tasks and responsibilities. You will also be assigned a counselor who will guide, help and support you during the internship.

The number of hours you are required to participate in an internship activity each week is

_____.

_____ will provide you with more information on the internship activity at the orientation. Bring your photo ID. Be on time and dress in business clothing for the orientation. Do not bring friends or family to the appointment.

Your orientation is scheduled for:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Provider Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Travel Directions:

See next page 

This is a mandatory appointment. If you do not go to this appointment, or miss other program requirements, your Cash Assistance benefits may be lowered or stopped. Your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits may also be lowered or stopped if you do not go to this appointment or if you do not do what the program requires for at least 30 hours each week. Failure to comply with Cash Assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.

You will receive carfare and child care (if needed) as long as you are fully participating in the internship assignment.

If you need help with child care any time during your internship, you can contact HRA's Educational Services unit at _____, or come to 109 East 16th Street, 9th floor, NY, NY 10003 between 8:30 a.m. and 4:00 p.m. Monday through Friday.

You must participate in this program unless you receive another assignment, you find a job, or we find that you have become unable to work or are exempt for another reason such as:

- You have reached 60 years of age.
- You are in the last 30 days of pregnancy.
- You are a single parent caring for a child less than thirteen (13) weeks of age.
- You are needed at home to take care of a member of your household who is ill or has a disability.

In order to keep your benefits, you must work the assigned number of hours at your work site, unless you have good cause or a good reason not to work. If you do not work the assigned hours and do not have good cause, your benefits may be lowered or stopped.

This notice tells you what to do if you believe that you should not work or should receive a different assignment because of a medical condition, or you cannot come to work for another reason.

What if you believe that you should not be required to work because of a medical condition?

If you do not agree with the finding that you are able to work, you may ask for a conference or a Fair Hearing, or both. Please see the Conference and Fair Hearing Information section of this notice for more information.

See next page 

What to do if you think that you should be given a different internship assignment because of a medical condition:

If you have already been found to be work-limited by an HRA-authorized medical practitioner, you have told your internship site supervisor about your limitations, and the agency has, to the best of its ability, made changes to your assignment to meet your medical needs, you may still challenge the internship assignment as a medical hardship. The proper way to challenge an internship assignment is as follows:

1. Report to your assigned agency and find out about your assignment. You may discuss any issues you have about whether the assignment is right for you with the person who gives you the assignment, your supervisor at the assignment, or the organization's coordinator.
2. If your issue could not be worked out at your site, you can make an appointment for a conference at HRA's Participants' Service Unit at **109 East 16th Street, Room 920A, New York, NY**. You may also call **(212) 835-8457** to make an appointment.
3. If your issue could not be worked out at the Participants' Service Unit conference, you may request a Fair Hearing. (Please see the Conference and Fair Hearing Information section of this notice for more information.)

What if your medical condition changes in a way that affects your ability to work?

Tell your internship site supervisor about any issue related to your medical condition. You must give us a letter on your doctor's stationery that includes the doctor's name, the date, your medical condition, and when you are expected to recover. The letter must also say what work activities you are unable to do and why. The letter must be an original, not a photocopy, and it must be current.

We may change your assignment to another based on the medical condition listed on the letter you give us. We may also refer you for a medical assessment.

You may refuse to work at an assignment because it affects your medical condition. However, if it is found at a Fair Hearing that there is no reason for your claim that you are unable to work in the assigned internship activities and that you were not honest about your medical condition, your benefits may be lowered or stopped.

Follow the instructions in the **What if you receive a Notice of Intent to discontinue benefits?** section below if you receive a Notice of Intent as a result of a change in your medical condition of which we are unaware.

See next page 

When can you be absent from your assignment?

You do not have to report to your assignment on holidays observed by your assigned agency, on your days of religious observance (must have proof), or when you have "good cause."

What is "good cause" for missing a day or days of work?

"Good cause" includes things beyond your control like illness, family emergency, jury duty, appointments at an HRA office, school closings, child care issues, or lack of transportation. "Good cause" also includes employment interviews and temporary or part-time employment.

What to do if you cannot come to work or you are going to be late:

You must tell your supervisor by telephone as soon as you know that you are going to be absent or late. Tell them before your scheduled starting time. If you do not do so, your benefits may be lowered or stopped. When you return to your work site, you must bring any proof that you can get that shows why you were absent or late.

What happens when you are absent or late without good cause, do not tell your supervisor that you will be absent or late, or do not provide proof?

If you are absent or late without good cause, you will receive a notice for not following the rules of your assignment. You may also receive a notice for not informing your supervisor or for not providing proof. You will have the right to request conciliation, conference and/or Fair Hearing within the time limit stated in the notice.

What if you receive a Notice of Intent to discontinue benefits?

If you receive a Notice of Intent to discontinue benefits because you did not follow the rules of your internship assignment, you have a right to a Fair Hearing. Your benefits will continue, pending the Fair Hearing decision, as long as you make a request for a Fair Hearing within the time frame stated in the Notice of Intent.

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.

**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.**

See next page 

Internship Participant Typical Tasks by Assignment Cluster

Participant Name: _____ Case Number: _____

Office Services / Administrative and Clerical Support	<ul style="list-style-type: none"> • Provide office support at reception desk by answering phones, taking messages, confirming appointments, scheduling meetings/conference calls and preparing room(s) for meetings • Greet and welcome guests and provide appropriate information • File records, make copies, fax / scan document 	<ul style="list-style-type: none"> • Data entry (basic Outlook, Word, Excel, Power Point) • Assist in mailroom / check deliveries / operate postage meter • Assist with inventory control (receive, store and distribute supplies) • Support with simple bookkeeping / post expenses • Research (computers i.e. Google)
Maintenance Services	<ul style="list-style-type: none"> • Dust, polish, sweep, mop, wax and buff floors as well as vacuum • Empty wastebaskets, wash windows, walls, etc., clean toilets, basins. Fixtures and replace restroom supplies • Remove refuse and debris 	<ul style="list-style-type: none"> • Inspect grounds, doors, windows, report dangerous conditions and defective equipment. Make minor office repairs • Remove snow, leaves, refuse • Perform simple gardening work • Simple plumbing repairs
Community Services/ Events	<ul style="list-style-type: none"> • Sew costumes • Support event set up (display and exhibits) and breakdown 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribute flyers / outreach • Other tasks as assigned before, during and after event
Elderly Services (home/centers)	<ul style="list-style-type: none"> • Support with shopping, cleaning and escort to clinics, centers • Arts and recreation activities (centers) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prepare meals, provide emotional support and simple bedside care

See next page 

Food Services/ Food Handler	<ul style="list-style-type: none">• Prepare and serve food• Set and clear tables, clean kitchen	<ul style="list-style-type: none">• Provide support with dietary food prep and inventory
Early Childhood/ Youth Development	<ul style="list-style-type: none">• Monitor play area and lunchroom• Straighten and clean up after activities• Assist teacher	<ul style="list-style-type: none">• Read stories and support at the library, field trips, and nap times• Arts and recreation
General Services	<ul style="list-style-type: none">• Interpret / translate• Serve as a parking attendant / drivers	<ul style="list-style-type: none">• Outreach / promotion / flyer distribution• Program Aide
Medical/Health Services	<ul style="list-style-type: none">• Senior Service Aide• Perform hospital housekeeping tasks	<ul style="list-style-type: none">• Filing patients medical records• Patient escort
Security Services	<ul style="list-style-type: none">• Monitoring guests at the door• Secures premises and personnel by patrolling property; monitoring surveillance equipment; inspecting buildings, equipment, and access points; permitting entry. Prevents losses and damage by reporting irregularities.	

SAMPLE

See next page 

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 (a conference is an 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 (and keep a copy for yourself) of this 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**

- (3) **FAX:** Fax a copy of this entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
(518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of this 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:
14 Boerum Place, Brooklyn NY 11201
- (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.

If you have a disability, and cannot travel, you may appear through a representative such as a friend, relative or lawyer. If your representative is not a lawyer, or an employee of a lawyer, your representative must bring the hearing officer a written letter, signed

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.

See next page 

AVAILABILITY OF POLICY MATERIALS: The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) policy issuances and manuals are posted on the OTDA website at <http://www.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.

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, medical assistance, or social services issues; and you must ask within ninety (90) days for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) 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: _____
 Tipo del Caso: _____
 Unidad de Casos: _____

Envío a Pasantía de Servicios Profesionales

Usted ha sido asignado(a) por un proveedor de Servicios Profesionales a una oportunidad de pasantía. Las pasantías son importantes porque le preparan para el trabajo y le permiten desarrollar sus aptitudes. Este envío es resultado de nuestras conversaciones con su proveedor de Servicios Profesionales sobre sus aptitudes, intereses y metas profesionales. Este envío indica el tipo de pasantía en que usted desea participar, al igual que el nombre y la dirección de la misma.

Su pasantía comenzará con una orientación durante la cual se tratará de las tareas y responsabilidades que le toquen. Además, se le asignará a un consejero quien además de guiarle, le brindará ayuda y apoyo durante la pasantía.

Las horas semanales en que usted tiene que participar en una actividad de pasantía suman _____

_____ le brindará más información sobre la actividad de pasantía durante la orientación. Traiga su identificación con foto. Llegue a tiempo y vistase en atuendo profesional para la orientación. No traiga a amigos o familiares a la cita.

Su orientación se ha programado para:


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

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

Vea la próxima página 

Esta cita es obligatoria. Si usted no se presenta a esta cita, ni cumple otros requisitos del programa, se pueden reducir o cancelar sus beneficios de Asistencia en Efectivo. Si usted no se presenta a esta cita, o si no cumple las mínimas 30 horas semanales estipuladas, también se pueden reducir o cancelarsus beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). El incumplimiento de los requisitos de trabajo de Asistencia en Efectivo no afecta su elegibilidad para Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.

Used recibirá dinero para transporte y cuidado infantil (en caso necesario), siempre que participe plenamente en la asignación de pasantía.

Si usted necesita ayuda con el cuidado infantil en cualquier momento durante su pasantía, puede comunicarse con la Unidad de Servicios Educativos de la HRA al _____, o presentarse al 109 East 16th Street, 9^{no} piso, NY, NY 10003 entre 8:30 a.m. y 4:00 p.m., de lunes a viernes.

Usted debe participar en este programa a menos que reciba otra asignación, consiga trabajo, o sea determinado inapto para trabajar, o esté exento(a) por otro motivo, tal como:

- haber cumplido los 60 años de edad.
- haber entrado en los últimos 30 días de embarazo.
- ser padre/madre soltero(a), que cuide a un niño menor de (13) semanas de edad.
- ser persona necesaria en casa para cuidar a un miembro de su hogar enfermo o discapacitado.

Para conservar sus beneficios, usted debe trabajar el total de horas asignadas en su local de trabajo, a menos que tenga motivo justificado o buena razón por no trabajar. Sus beneficios se pueden reducir o cancelar, si usted no trabaja las horas asignadas, ni tiene motivo justificado.

Por el presente se le indica los pasos a tomar si piensa que no debería trabajar o que debería recibir una asignación distinta debido a una afección médica o a la imposibilidad de presentarse al trabajo por otro motivo.

¿Qué tal si usted piensa que debido a una afección médica no se le debería exigir que trabaje?

Si no está de acuerdo con la determinación que usted puede trabajar, puede solicitar una conferencia o una Audiencia Imparcial o ambas. Para más información, favor de consultar la sección de Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales de este formulario.

Vea la próxima página 

¿Qué debe hacer si piensa que se le debe asignar otra pasantía debido a una afección médica?

Si a usted ya ha sido determinado limitado(a) en función del trabajo por un profesional médico autorizado por la HRA, si usted ha informado sobre sus limitaciones a su supervisor del local de pasantía, y si la agencia ha hecho el máximo esfuerzo por ajustar su asignación para satisfacer sus necesidades médicas, usted aún puede oponerse a la asignación de pasantía por la dificultad médica ocasionada. El trámite a seguir para oponerse a la pasantía es el siguiente:

1. Preséntese a su agencia asignada e informé sobre su asignación. Usted puede tratar de cualquier problema en cuanto a la adecuación de su asignación con la persona que le asigne la pasantía, su supervisor en la asignación, o el coordinador de la organización.
2. En caso de que no se le haya resuelto su problema en su local, puede programar una cita para una conferencia en la Unidad de Servicios al Participante de la HRA en **109 East 16th Street, sala 920A, New York, NY**. También puede llamar al **(212) 835-8457** para programar una cita.
3. En caso de que no se le haya resuelto su problema en la Unidad de Servicios al Participante de la HRA, usted puede solicitar una Audiencia Imparcial. (Favor de consultar la sección de este formulario de Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales.)

¿Qué tal si su afección médica cambia de manera que afecte su aptitud para trabajar?

Hable con su supervisor del local de pasantía sobre cualquier problema relacionado con su afección médica. Usted debe presentarnos una carta fechada en el membrete de su médico, con el nombre del mismo, la afección médica, y la fecha anticipada de recuperación. Además, esta carta debe indicar las actividades de trabajo que usted no puede desempeñar y la razón de ello. La carta debe ser actual y original, no una fotocopia.

Nosotros podemos cambiar su asignación, según la afección médica indicada en la carta proporcionada por usted, o también le podemos derivar a evaluación médica.

Usted puede rehusar trabajar en una asignación por no empeorar su afección médica. No obstante, se pueden reducir o cancelar sus beneficios, si se determina en una Audiencia Imparcial que carece de fundamento su reclamación de que usted no puede trabajar en las actividades asignadas de pasantía, y que usted no fue honesto(a) respecto a su afección médica.

Siga las instrucciones en la sección a continuación **¿Qué tal si usted recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios?** en caso de que reciba el Aviso de la Intención a raíz de un cambio en su afección médica del cual no estemos al día.

Vea la próxima página 

¿En qué circunstancias puede usted faltar a su asignación?

Usted no tiene que presentarse a su asignación en los días feriados observados por su agencia asignada, ni en sus días de observancia religiosa (a ser documentados), ni cuando tenga "motivo justificado".

¿Qué se considera "motivo justificado" por faltar al trabajo?

"Motivo justificado" incluye circunstancias ajenas a su voluntad, como enfermedad, emergencia familiar, deber de jurado, citas en oficinas de la HRA, cierre escolar, problemas con el cuidado infantil, o falta de transporte. "Motivo justificado" también incluye las entrevistas de empleo y el trabajo temporario o a tiempo parcial.

¿Qué debe hacer usted si no puede presentarse al trabajo o si va a llegar tarde?

Debe informar a su supervisor por teléfono tan pronto sepa que va a faltar o llegar tarde. Hágalo antes de la hora programada de comienzo de trabajo. De no hacerlo, sus beneficios se pueden reducir o cancelar. Al regresar a su local de trabajo, usted debe traer cualquier prueba del motivo por su ausencia o tardanza.

¿Qué tal si usted falta o llega tarde sin motivo justificado, sin informar de antemano a su supervisor, o sin proporcionar la prueba necesaria?

Si usted falta o llega tarde sin motivo justificado, recibirá un aviso por no acatar las reglas de su asignación. Usted también puede recibir un aviso por no informar a su supervisor o por no aportar prueba. Usted tendrá el derecho de solicitar conciliación, conferencia y/o Audiencia Imparcial dentro del límite de tiempo indicado en el aviso.

¿Qué tal si usted recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios?

Si recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios por no haber acatado las reglas de su asignación de pasantía, usted tiene derecho a un Audiencia Imparcial. Sus beneficios continuarán, pendiente de la decisión de la Audiencia Imparcial, a condición de que usted haya solicitado dicha audiencia dentro del límite de tiempo indicado en el Aviso de la Intención.

¿Padece usted una discapacidad o afección médica que le dificulte entender este aviso o cumplir el mismo? ¿Le dificulta esta afección obtener otros servicios de la HRA? Llámenos al **212-331-4640** y nosotros podremos ayudarle. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN
DE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES DE ESTE AVISO
SOBRE CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

Vea la próxima página 

Tareas Típicas del Participante de Pasantía por Grupo de Asignación

Nombre del Participante:

Número del Caso:

<p>Servicios de Oficinas/ Apoyo Administrativo y de Oficinista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • apoyo de oficinista en la recepción: contestación de teléfonos, toma de mensajes, confirmación de citas, programación de reuniones/conferencias telefónicas y habilitación de salas de reuniones • acogida de invitados y aviso de información pertinente • archivo de expedientes, producción de fotocopias, faxeo y escaneo de documentos 	<ul style="list-style-type: none"> • ingreso de datos (Outlook, Word, Excel, Power Point básicos) • trabajo en cuarto de correo / control de entregas / operación del metro franqueo • control de inventario (recibimiento, almacenaje y distribución de suministros) • teneduría de libros sencilla / publicación de gastos • búsqueda informática (p.ej., Google)
<p>Servicios de Mantenimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • quitado de polvo, barrido, trapeada, enceramiento, pulido, y aspiración de pisos • desecho de basura, limpieza de ventanas, paredes, etc., limpieza de inodoros, lavabos, instalaciones, y reemplazo de suministros de baño • desecho de desperdicios y escombros 	<ul style="list-style-type: none"> • inspección de terrenos, puertas, ventanas, aviso de condiciones peligrosas y equipo defectuoso, reparaciones de oficina menores • quitado de nieve, hojarasca, desperdicios • jardinería sencilla • reparaciones de plomería sencilla
<p>Servicios Comunitarios/ Acontecimientos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • costura de trajes de disfraz • montaje y desmontaje de exposiciones o exhibiciones 	<ul style="list-style-type: none"> • distribución de volantes / extensión comunitaria • otras tareas según previamente asignadas, durante y después de acontecimientos
<p>Servicios a Ancianos (hogares/ centros)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • apoyo con compras, limpieza y acompañamiento a clínicas, centros • actividades artísticas y recreativas (centros) 	<ul style="list-style-type: none"> • preparación de comidas, apoyo emocional y cuidado sencillo a enfermos o discapacitados

Vea la próxima página 

Servicios de Comida/ Preparación de Comidas	<ul style="list-style-type: none"> • preparación de comidas • puesta y quitado de mesas, limpieza de cocina 	<ul style="list-style-type: none"> • preparación de comidas dietéticas e inventario
Desarrollo de Primera Infancia/ Jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> • vigilancia de áreas de juego y comedores • organización de locales después de actividades • ayuda a maestros 	<ul style="list-style-type: none"> • lectura de cuentos y apoyo en bibliotecas, excursiones, y siestas • artes y recreación
Servicios Generales	<ul style="list-style-type: none"> • interpretación / traducción de idiomas • trabajo de encargado de estacionamiento / conductor 	<ul style="list-style-type: none"> • extensión / promoción / distribución de volantes • ayudante en programas
Servicios Médicos/ de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • ayudante de ancianos • limpieza de hospitales 	<ul style="list-style-type: none"> • archivo de expedientes médicos de pacientes • acompañamiento de pacientes
Servicios de Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • control de invitados en entradas • patrullaje de propiedad para protección de locales y personal; supervisión de equipo de vigilancia; inspección de edificios, equipo, y entradas; control de entrada. Aviso de infracciones para prevención de pérdidas y daños. 	

SAMPLE

Vea la próxima página 

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera errónea nuestra decisión, o si no la entiende, por favor llámenos para programar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) en la **página 1** de este aviso, o escribanos a la dirección en la **página 1** de este aviso. A veces éste resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que tenga. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha solicitado 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 errónea(s) la(s) decisión(es) que estamos tomando, 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 al llamar.)

(2) POR ESCRITO: Envíe una copia (y guarde una copia para sí) de todo este 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**

(3) FAX: Faxee una copia de todo este aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.

(4) EN PERSONA: Traiga una copia de todo este aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a la siguiente dirección
14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201.

(5) POR INTERNET: Llene un formulario de petición electrónica en: <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 errónea nuestra decisión. 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 esa 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.

Si usted padece una discapacidad, y no puede trasladarse, puede comparecer mediante un representante, o un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni es empleado de abogado, su representante debe traerle al funcionario de audiencias una carta escrita y firmada.

Vea la próxima página



DISPONIBILIDAD DE LOS MATERIALES DE POLÍTICA: Las expediciones y manuales de política de la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados (OTDA) están publicados en el sitio web de la OTDA en <http://www.otda.ny.gov/legal>.

Estas expediciones y estos manuales están disponibles para que usted o su representante determinen si deben solicitar una Audiencia Imparcial o para prepararse para la misma. Además, previa solicitud a su distrito local de servicios sociales, habrá disponibles expediciones y manuales concretos de política de la OTDA, para asistirle a usted o a su representante.

INFORMACIÓN: Si usted desea más información sobre su caso, cómo solicitar 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 **página 1** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de Asistencia en Efectivo, asistencia médica, o de servicios sociales; y tiene que presentar solicitud dentro de noventa (90) días para asuntos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Si usted no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Discapacitados por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de solicitar por escrito una Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

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

SAMPLE

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 _____
 Phone Number: _____
 Action Code: _____

CareerCompass Community Service Referral

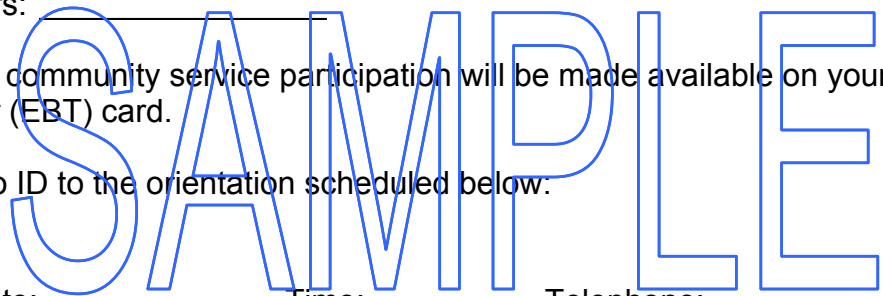
You agree to participate in a community service assignment as a(n) _____
Name of Position

The number of hours you have agreed to volunteer every week is _____ hours.

Child Care Hours: _____

Carfare for your community service participation will be made available on your Electronic Benefit Transfer (EBT) card.

Bring your photo ID to the orientation scheduled below:



Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Provider Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Travel Directions:

The rule that allows us to approve this voluntary community service placement is **18 NYCRR 385.9(a)(7)**.

See next page

You can become exempt from Cash Assistance work activity requirements if we find that you have become unable to work or exempt for another reason such as:

- You have reached 60 years of age.
- You are in the last 30 days of pregnancy.
- You are a single parent caring for a child less than thirteen (13) weeks of age.
- You are needed at home to take care of a member of your household who is ill or has a disability.

As a volunteer, you should work the agreed upon number of hours at your work site, unless you have good cause or a good reason not to work. If you do not work the assigned hours and do not have good cause, you will not be able to participate in this community service placement, and we will give you another work assignment.

This notice tells you what to do if you believe that you should not work or should receive a different assignment because of a medical condition, or you cannot come to work for another reason.

What if you believe that you should not be required to work because of a medical condition?

If you do not agree with the finding in the Notification of Temporary Assistance Work Requirements Determination (Non-Exempt) (**LDSS-4005 (a) NYC**) that you are able to work, you may ask for a conference or a Fair Hearing, or both. Please read the **LDSS-4005 (a) NYC** for more information.

What to do if you think that you should be given a different work assignment because of a medical condition:

As a voluntary participant in community service you do not have to participate in this placement. If you think you should be given a different assignment, we will assign you to another work activity or refer you for a medical assessment.

What if your medical condition changes in a way that affects your ability to work?

Talk to your community service work site supervisor about any issue related to your medical condition. You must give us a letter on your doctor's stationery that includes your doctor's name, the date, your medical condition, and when you are expected to recover. The letter must also say what work activities you are unable to do and why. The letter must be an original, not a photocopy, and it must be current.

The community service provider may change your placement to another based on the medical condition described in the letter you provide or may request that we refer you for a medical assessment.

As a participant in community service you may choose not to participate in that activity without penalty, but we will assign you to another work activity.

See next page 

When can you be absent from your assignment?

You do not have to report to your assignment on holidays observed by your participating provider, on your days of religious observance (must have proof), or when you have "good cause."

What is "good cause" for missing a day or days of work?

"Good cause" includes circumstances beyond your control like illness, family emergency, jury duty, appointments at an HRA office, school closings, child care issues, or lack of transportation. "Good cause" also includes employment interviews and temporary or part-time employment.

What to do if you cannot come to work or you are going to be late?

You must tell your supervisor by telephone as soon as you know that you are going to be absent or late. Tell them before your scheduled starting time. If you do not do so, you may not be able to continue in your voluntary community service placement and be assigned another work activity by us. When you return to your work site, you must bring any proof that you can get to show why you were absent or late.

What happens when you are absent or late without good cause, do not tell your supervisor that you will be absent or late, or do not provide proof?

If you are absent or late without good cause, do not tell your supervisor, or do not provide proof, you may not be able to continue in your voluntary community service activity, and will be assigned another work activity.

SAMPLE

See next page 

Community Service Participant Typical Tasks by Placement Cluster

Participant Name: _____
First Name
M.I.
Last Name

Case Number: _____

Office Services	Maintenance Services
<ul style="list-style-type: none"> • answer telephones • write messages • make appointments • greet and direct visitors • give general information • file records • fax documents • process routine papers • make copies and collate • set up meeting room • data entry • type on computer • serve as messenger • assist in mailroom • pack and unpack • check deliveries • receive, store and distribute supplies • assist with inventory control • operate postage meter • issue forms, supplies • post expenses • process vouchers • do simple bookkeeping 	<ul style="list-style-type: none"> • dust and polish • sweep and mop floors • wax and buff floors • empty wastebaskets • vacuum • wash windows, walls, etc. • clean toilets, basins, fixtures • replace restroom supplies • make minor repairs • operate elevator • remove refuse and debris • inspect grounds, doors, windows • report dangerous conditions • report defective equipment • fuel and service motor vehicles • act as parking lot attendant • maintain cleanliness of vehicles or garages • load and unload materials • remove snow, leaves, refuse • perform simple gardening work • perform hospital housekeeping tasks

Human/Community Services	
<p>Support Cultural Events</p> <ul style="list-style-type: none"> • sew costumes • set up display or exhibits • distribute flyers • collect fees, tickets 	<p>Assist in Cafeterias, Food Programs</p> <ul style="list-style-type: none"> • prepare food • serve food • set and clear tables • clean kitchen
<p>Assist Elderly at Home/Centers</p> <ul style="list-style-type: none"> • shop • clean home • escort to clinics, Centers, etc. • prepare meals • provide emotional support • provide simple bedside care 	<p>Assist Children</p> <ul style="list-style-type: none"> • monitor play area • monitor lunchroom • assist teacher • straighten up after activities • help children with clothing • read stories • help in library
<p>General Services</p> <ul style="list-style-type: none"> • provide information • interpret • serve as a parking attendant 	

See next page

Community Service Placement Information Summary

PARTICIPANT INFORMATION

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

Telephone Number: _____ CIN: _____

Address: _____ Case Type: _____

_____ ES Code: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Job Center: _____

Borough of Residence: _____

PLACEMENT INFORMATION

Agency: _____

Job Code: _____

Placement: _____

Description: _____

NS Date: _____

Report Date: _____

Work Hours: _____

Child Care: _____

Comment(s):

SAMPLE



Fecha: _____
 Número del Caso: _____
 Nombre del Caso: _____
 Centro: _____
 Unidad de Casos: _____
 Número de Teléfono de FH&C: _____
 Código de Acción: _____

Envío a Servicio Comunitario de CareerCompass

Usted ha acordado participar voluntariamente en una asignación de servicio comunitario como _____
Cargo

Las horas semanales que usted ha acordado trabajar de voluntario suman _____ .

Horas de Cuidado Infantil: _____

Se pondrá a su disponibilidad una asignación de transporte en su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)

Traiga su identificación con foto a la orientación programada a continuación:

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

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

18 NYCRR 385.9(a)(7) es la regla que nos permite aprobar esta colocación en servicio comunitario de voluntario.

Vea la próxima página

A usted se le puede eximir de los requisitos de actividad de trabajo de Asistencia en Efectivo, si se determina que ya no puede trabajar, o si está exento(a) por otro motivo tal como:

- haber cumplido los 60 años de edad.
- haber entrado en los últimos 30 días de embarazo.
- ser padre/madre soltero(a) que cuida a un niño menor de (13) semanas de edad.
- ser persona necesaria en casa para cuidar a un miembro de su hogar enfermo o discapacitado.

Como voluntario, usted debe trabajar el total acordado de horas en su local de trabajo, a menos que tenga motivo justificado por no trabajar. Si usted no trabaja el total de horas asignadas, ni tiene el antemencionado motivo justificado, no podrá participar en la colocación en servicio comunitario, se le asignará a otro trabajo.

Por el presente se le indica los pasos a tomar si piensa que no debería trabajar o debería recibir una asignación distinta, debido a una afección médica o a la imposibilidad de presentarse al trabajo por otro motivo.

¿Qué tal si usted piensa que debido a una afección médica no se le debería exigir que trabaje?

Si no está de acuerdo con la determinación del Aviso de Determinación de Requisitos de Trabajo de Asistencia Temporal (No Exento) (**LDSS-4005 (a) SP NYC**) que usted no es apto(a) para trabajar, puede solicitar una conferencia o una Audiencia Imparcial, o ambas. Para más información, favor de consultar el **LDSS-4005 (a) SP NYC**.

¿Qué debe hacer si piensa que se le debe asignar otro trabajo debido a una afección médica?

Como participante voluntario en servicio comunitario, usted no tiene que aceptar esta colocación. Si usted piensa que se le debería asignar otro trabajo, le enviaremos a otra actividad de trabajo o le derivaremos a evaluación médica.

¿Qué tal si su afección médica cambia de manera que afecte su aptitud para trabajar?

Hable con su supervisor del local de trabajo de servicio comunitario sobre cualquier problema relacionado con su afección médica. Usted debe presentarnos una carta fechada en el membrete de su médico, con el nombre del mismo, afección médica, y la fecha anticipada de recuperación. Además, esta carta debe indicar las actividades de trabajo que usted no puede desempeñar y la razón de ello. La carta debe ser actual y original, no una fotocopia.

El proveedor de servicio comunitario puede cambiar la colocación, según la afección médica indicada en la carta proporcionada por usted, o también puede solicitar que nosotros le derivemos a usted a evaluación médica.

Como participante en servicio comunitario, usted puede optar por no participar en esa actividad, so pena ninguna, no obstante será asignado(a) a otra actividad de trabajo.

Vea la próxima página 

¿En qué circunstancias puede usted faltar a su asignación?

Usted no tiene que presentarse a su asignación en los días feriados observados por su proveedor participante, ni en sus días de observancia religiosa (a ser documentados), ni cuando tenga "motivo justificado".

¿Qué se considera "motivo justificado" por faltar al trabajo?

"Motivo justificado" incluye circunstancias ajenas a su voluntad, como enfermedad, emergencia familiar, deber de jurado, citas en oficinas de la HRA, cierre escolar, problemas con el cuidado infantil, o falta de transporte. "Motivo justificado" también incluye las entrevistas de empleo y el trabajo a temporario o a tiempo parcial.


¿Qué debe hacer usted si no puede presentarse al trabajo o si va a llegar tarde?

Debe informar a su supervisor por teléfono tan pronto sepa que va a faltar o llegar tarde. Hágalo antes de la hora programada de comienzo de trabajo. De no hacerlo, puede perder su plaza en el servicio comunitario de voluntario y ser asignado(a) a otra actividad de trabajo. Al regresar a su local de trabajo, usted debe traer cualquier prueba del motivo por su ausencia o tardanza.

¿Qué tal si usted falta o llega tarde sin motivo justificado, sin informar de antemano a su supervisor, o sin proporcionar la prueba necesaria?

Si usted falta o llega tarde sin motivo justificado, sin informar a su supervisor, o sin proporcionar la prueba necesaria, puede perder la plaza en la actividad de servicio comunitario de voluntario, y será asignado(a) a otra actividad de trabajo.

SAMPLE

Vea la próxima página 

Tareas Típicas por Grupo de Colocación del Participante en Servicio Comunitario

Nombre del Participante: _____
Nombre I. Apellido

Número del Caso: _____

Servicios de Oficina	Servicios de Mantenimiento
<ul style="list-style-type: none"> • contestación de teléfonos • redacción de mensajes • programación de citas • acogida y orientación de visitantes • anuncio de información general • archivo de expedientes • envío de documentos por fax • tramitación de documentos rutinarios • producción y cotejo de copias • habilitación de salas de conferencia • ingreso de datos • mecanografía de computadora • mensajería • trabajo de cuarto de correo • empacamiento y desempacamiento • entrega de cheques • recibimiento, almacenaje y distribución de suministros • control de inventario • operación de metro de franqueo • expedición de formularios o suministros • publicación de gastos • tramitación de vales • teneduría de libros sencilla 	<ul style="list-style-type: none"> • desempolvamiento y pulido • barrido y trapeada de pisos • enceramiento y pulido de pisos • desecho de basura • aspiración de pisos • lavado de ventanas, paredes, etc. • lavado de inodoros, lavabos, instalaciones • reemplazo de suministros de baños • reparaciones menores • operación de ascensor • desecho de desperdicios y escombros • inspección de terrenos, puertas, ventanas • aviso de condiciones peligrosas • aviso de equipo defectuoso • suministro de combustible para vehículos y mantenimiento • cargo de estacionamiento • limpieza de vehículos o garajes • carga y descarga de materiales • quitado de nieve, hojarasca, desperdicios • jardinería sencilla • limpieza de hospitales
Servicios Humanos/Comunitarios	
<p>Apoyo a Acontecimientos Culturales</p> <ul style="list-style-type: none"> • costura de trajes de disfraz • disposición de exposiciones o exhibiciones • distribución de volantes • cobro de cuotas, boletos 	<p>Asistencia en Cafeterías, Programas de Comida</p> <ul style="list-style-type: none"> • preparación de comidas • servicio de comidas • puesta y quitado de mesas • limpieza de cocinas
<p>Ayuda a los Ancianos en Hogares/Centros</p> <ul style="list-style-type: none"> • compras • limpieza de casas • acompañamiento a clínicas, centros, etc. • preparación de comidas • apoyo emocional • cuidado sencillo a enfermos o discapacitados 	<p>Ayuda a Niños</p> <ul style="list-style-type: none"> • vigilancia de áreas de juego • vigilancia de comedores • ayuda a maestros • organización de locales después de actividades • ayuda con la ropa • lectura de cuentos • ayuda en bibliotecas
Servicios Generales	
<ul style="list-style-type: none"> • anuncio de información • interpretación de idiomas • cargo de estacionamiento 	

Vea la próxima página

Resumen de Información de Colocación en Servicio Comunitario

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____ Número del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Número de Teléfono: _____ CIN: _____

Dirección: _____ Tipo del Caso: _____

Código

Postal: _____

Centro

de

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Trabajo: _____

Condado de Residencia: _____

INFORMACIÓN DE COLOCACIÓN

Agencia: _____

Código de Trabajo: _____

Colocación: _____

Reseña: _____

Fecha de NS: _____

Fecha de Presentación: _____

Horas de Trabajo: _____

Cuidado Infantil: _____

Comentarios: _____



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Caseload: _____
FH&C
Phone Number: _____
Action Code: _____

YouthPathways Community Service Referral

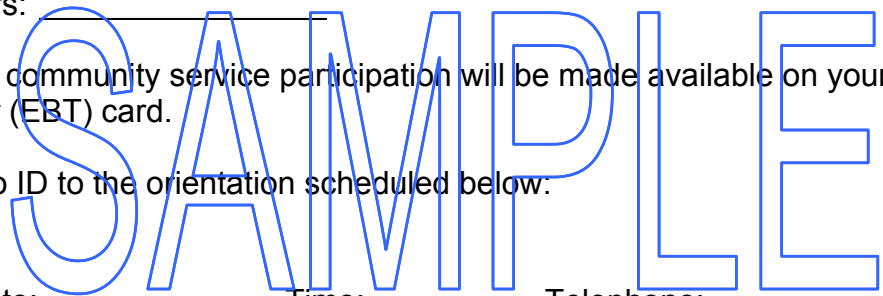
You agree to participate in a community service assignment as a(n) _____ .
Name of Position

The number of hours you have agreed to volunteer every week is _____ hours.

Child Care Hours: _____

Carfare for your community service participation will be made available on your Electronic Benefit Transfer (EBT) card.

Bring your photo ID to the orientation scheduled below:



Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Provider Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Travel Directions:

The rule that allows us to approve this voluntary community service placement is **18 NYCRR 385.9(a)(7)**.

See next page

You can become exempt from Cash Assistance work activity requirements if we find that you have become unable to work or exempt for another reason such as:

- You have reached 60 years of age.
- You are in the last 30 days of pregnancy.
- You are a single parent caring for a child less than thirteen (13) weeks of age.
- You are needed at home to take care of a member of your household who is ill or has a disability.

As a volunteer, you should work the agreed upon number of hours at your work site, unless you have good cause or a good reason not to work. If you do not work the assigned hours and do not have good cause, you will not be able to participate in this community service placement, and we will give you another work assignment.

This notice tells you what to do if you believe that you should not work or should receive a different assignment because of a medical condition, or you cannot come to work for another reason.

What if you believe that you should not be required to work because of a medical condition?

If you do not agree with the finding in the Notification of Temporary Assistance Work Requirements Determination (Non-Exempt) (**LDSS-4005 (a) NYC**) that you are able to work, you may ask for a conference or a Fair Hearing, or both. Please read the **LDSS-4005 (a) NYC** for more information.

What to do if you think that you should be given a different work assignment because of a medical condition:

As a voluntary participant in community service you do not have to participate in this placement. If you think you should be given a different assignment, we will assign you to another work activity or refer you for a medical assessment.

What if your medical condition changes in a way that affects your ability to work?

Talk to your community service work site supervisor about any issue related to your medical condition. You must give us a letter on your doctor's stationery that includes your doctor's name, the date, your medical condition, and when you are expected to recover. The letter must also say what work activities you are unable to do and why. The letter must be an original, not a photocopy, and it must be current.

The community service provider may change your placement to another based on the medical condition described in the letter you provide or may request that we refer you for a medical assessment.

As a participant in community service you may choose not to participate in that activity without penalty, but we will assign you to another work activity.

See next page 

When can you be absent from your assignment?

You do not have to report to your assignment on holidays observed by your participating provider, on your days of religious observance (must have proof), or when you have "good cause."

What is "good cause" for missing a day or days of work?

"Good cause" includes circumstances beyond your control like illness, family emergency, jury duty, appointments at an HRA office, school closings, child care issues, or lack of transportation. "Good cause" also includes employment interviews and temporary or part-time employment.

What to do if you cannot come to work or you are going to be late?

You must tell your supervisor by telephone as soon as you know that you are going to be absent or late. Tell them before your scheduled starting time. If you do not do so, you may not be able to continue in your voluntary community service placement and be assigned another work activity by us. When you return to your work site, you must bring any proof that you can get to show why you were absent or late.

What happens when you are absent or late without good cause, do not tell your supervisor that you will be absent or late, or do not provide proof?

If you are absent or late without good cause, do not tell your supervisor, or do not provide proof, you may not be able to continue in your voluntary community service activity, and will be assigned another work activity.

SAMPLE

See next page 

Community Service Participant Typical Tasks by Placement Cluster

Participant Name: _____
First Name
M.I.
Last Name

Case Number: _____

Office Services	Maintenance Services
<ul style="list-style-type: none"> • answer telephones • write messages • make appointments • greet and direct visitors • give general information • file records • fax documents • process routine papers • make copies and collate • set up meeting room • data entry • type on computer • serve as messenger • assist in mailroom • pack and unpack • check deliveries • receive, store and distribute supplies • assist with inventory control • operate postage meter • issue forms, supplies • post expenses • process vouchers • do simple bookkeeping 	<ul style="list-style-type: none"> • dust and polish • sweep and mop floors • wax and buff floors • empty wastebaskets • vacuum • wash windows, walls, etc. • clean toilets, basins, fixtures • replace restroom supplies • make minor repairs • operate elevator • remove refuse and debris • inspect grounds, doors, windows • report dangerous conditions • report defective equipment • fuel and service motor vehicles • act as parking lot attendant • maintain cleanliness of vehicles or garages • load and unload materials • remove snow, leaves, refuse • perform simple gardening work • perform hospital housekeeping tasks

Human/Community Services	
<p>Support Cultural Events</p> <ul style="list-style-type: none"> • sew costumes • set up display or exhibits • distribute flyers • collect fees, tickets 	<p>Assist in Cafeterias, Food Programs</p> <ul style="list-style-type: none"> • prepare food • serve food • set and clear tables • clean kitchen
<p>Assist Elderly at Home/Centers</p> <ul style="list-style-type: none"> • shop • clean home • escort to clinics, Centers, etc. • prepare meals • provide emotional support • provide simple bedside care 	<p>Assist Children</p> <ul style="list-style-type: none"> • monitor play area • monitor lunchroom • assist teacher • straighten up after activities • help children with clothing • read stories • help in library
<p>General Services</p> <ul style="list-style-type: none"> • provide information • interpret • serve as a parking attendant 	

See next page

Community Service Placement Information Summary

PARTICIPANT INFORMATION

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

Telephone Number: _____ CIN: _____

Address: _____ Case Type: _____

_____ ES Code: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Job Center: _____

Borough of Residence: _____

PLACEMENT INFORMATION

Agency: _____

Job Code: _____

Placement: _____

Description: _____

NS Date: _____

Report Date: _____

Work Hours: _____

Child Care: _____

Comment(s):

SAMPLE



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Unidad de Casos: _____
Número de Teléfono de FH&C: _____
Código de Acción: _____

Envío a Servicio Comunitario de YouthPathways

Usted ha acordado participar voluntariamente en una asignación de servicio comunitario como _____
Cargo

Las horas semanales que usted ha acordado trabajar de voluntario suman _____ .

Horas de Cuidado Infantil: _____

Se pondrá a su disponibilidad una asignación de transporte en su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)

Traiga su identificación con foto a la orientación programada a continuación:

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

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

18 NYCRR 385.9(a)(7) es la regla que nos permite aprobar esta colocación en servicio comunitario de voluntario.

Vea la próxima página

A usted se le puede eximir de los requisitos de actividad de trabajo de Asistencia en Efectivo, si se determina que ya no puede trabajar, o si está exento(a) por otro motivo tal como:

- haber cumplido los 60 años de edad.
- haber entrado en los últimos 30 días de embarazo.
- ser padre/madre soltero(a) que cuida a un niño menor de (13) semanas de edad.
- ser persona necesaria en casa para cuidar a un miembro de su hogar enfermo o discapacitado.

Como voluntario, usted debe trabajar el total acordado de horas en su local de trabajo, a menos que tenga motivo justificado por no trabajar. Si usted no trabaja el total de horas asignadas, ni tiene el antemencionado motivo justificado, no podrá participar en la colocación en servicio comunitario, se le asignará a otro trabajo.

Por el presente se le indica los pasos a tomar si piensa que no debería trabajar o debería recibir una asignación distinta, debido a una afección médica o a la imposibilidad de presentarse al trabajo por otro motivo.

¿Qué tal si usted piensa que debido a una afección médica no se le debería exigir que trabaje?

Si no está de acuerdo con la determinación del Aviso de Determinación de Requisitos de Trabajo de Asistencia Temporal (No Exento) (**LDSS-4005 (a) SP NYC**) que usted no es apto(a) para trabajar, puede solicitar una conferencia o una Audiencia Imparcial, o ambas. Para más información, favor de consultar el **LDSS-4005 (a) SP NYC**.

¿Qué debe hacer si piensa que se le debe asignar otro trabajo debido a una afección médica?

Como participante voluntario en servicio comunitario, usted no tiene que aceptar esta colocación. Si usted piensa que se le debería asignar otro trabajo, le enviaremos a otra actividad de trabajo o le derivaremos a evaluación médica.

¿Qué tal si su afección médica cambia de manera que afecte su aptitud para trabajar?

Hable con su supervisor del local de trabajo de servicio comunitario sobre cualquier problema relacionado con su afección médica. Usted debe presentarnos una carta fechada en el membrete de su médico, con el nombre del mismo, afección médica, y la fecha anticipada de recuperación. Además, esta carta debe indicar las actividades de trabajo que usted no puede desempeñar y la razón de ello. La carta debe ser actual y original, no una fotocopia.

El proveedor de servicio comunitario puede cambiar la colocación, según la afección médica indicada en la carta proporcionada por usted, o también puede solicitar que nosotros le derivemos a usted a evaluación médica.

Como participante en servicio comunitario, usted puede optar por no participar en esa actividad, so pena ninguna, no obstante será asignado(a) a otra actividad de trabajo.

Vea la próxima página 

¿En qué circunstancias puede usted faltar a su asignación?

Usted no tiene que presentarse a su asignación en los días feriados observados por su proveedor participante, ni en sus días de observancia religiosa (a ser documentados), ni cuando tenga "motivo justificado".

¿Qué se considera "motivo justificado" por faltar al trabajo?

"Motivo justificado" incluye circunstancias ajenas a su voluntad, como enfermedad, emergencia familiar, deber de jurado, citas en oficinas de la HRA, cierre escolar, problemas con el cuidado infantil, o falta de transporte. "Motivo justificado" también incluye las entrevistas de empleo y el trabajo temporario o a tiempo parcial.


¿Qué debe hacer usted si no puede presentarse al trabajo o si va a llegar tarde?

Debe informar a su supervisor por teléfono tan pronto sepa que va a faltar o llegar tarde. Hágalo antes de la hora programada de comienzo de trabajo. De no hacerlo, puede perder su plaza en el servicio comunitario de voluntario y ser asignado(a) a otra actividad de trabajo. Al regresar a su local de trabajo, usted debe traer cualquier prueba del motivo por su ausencia o tardanza.

¿Qué tal si usted falta o llega tarde sin motivo justificado, sin informar de antemano a su supervisor, o sin proporcionar la prueba necesaria?

Si usted falta o llega tarde sin motivo justificado, sin informar a su supervisor, o sin proporcionar la prueba necesaria, puede perder la plaza en la actividad de servicio comunitario de voluntario, y será asignado(a) a otra actividad de trabajo.

SAMPLE

Vea la próxima página 

Tareas Típicas por Grupo de Colocación del Participante en Servicio Comunitario

Nombre del Participante: _____
Nombre I. Apellido

Número del Caso: _____

Servicios de Oficina	Servicios de Mantenimiento
<ul style="list-style-type: none"> • contestación de teléfonos • redacción de mensajes • programación de citas • acogida y orientación de visitantes • anuncio de información general • archivo de expedientes • envío de documentos por fax • tramitación de documentos rutinarios • producción y cotejo de copias • habilitación de salas de conferencia • ingreso de datos • mecanografía de computadora • mensajería • trabajo de cuarto de correo • empacamiento y desempacamiento • entrega de cheques • recibimiento, almacenaje y distribución de suministros • control de inventario • operación de metro de franqueo • expedición de formularios o suministros • publicación de gastos • tramitación de vales • teneduría de libros sencilla 	<ul style="list-style-type: none"> • desempolvamiento y pulido • barrido y trapeada de pisos • enceramiento y pulido de pisos • desecho de basura • aspiración de pisos • lavado de ventanas, paredes, etc. • lavado de inodoros, palanganas, instalaciones • reemplazo de suministros de baños • reparaciones menores • operación de ascensor • desecho de desperdicios y escombros • inspección de terrenos, puertas, ventanas • aviso de condiciones peligrosas • aviso de equipo defectuoso • suministro de combustible para vehículos y mantenimiento • cargo de estacionamiento • limpieza de vehículos o garajes • carga y descarga de materiales • quitado de nieve, hojarasca, desperdicios • jardinería sencilla • limpieza de hospitales
Servicios Humanos/Comunitarios	
<p>Apoyo a Eventos Culturales</p> <ul style="list-style-type: none"> • costura de trajes de disfraz • disposición de exposiciones o exhibiciones • distribución de volantes • cobro de cuotas, boletos 	<p>Asistencia en Cafeterías, Programas de Comida</p> <ul style="list-style-type: none"> • preparación de comidas • servicio de comidas • puesta y quitado de mesas • limpieza de cocinas
<p>Ayuda a los Ancianos en Hogares/Centros</p> <ul style="list-style-type: none"> • compras • limpieza de casas • acompañamiento a clínicas, Centros, etc. • preparación de comidas • apoyo emocional • cuidado sencillo a enfermos o discapacitados 	<p>Ayuda a Niños</p> <ul style="list-style-type: none"> • vigilancia de áreas de juego • vigilancia de comedores • ayuda a maestros • organización de locales después de actividades • ayuda con la ropa • lectura de cuentos • ayuda en bibliotecas
Servicios Generales	
<ul style="list-style-type: none"> • anuncio de información • interpretación de idiomas • cargo de estacionamiento 	

Vea la próxima página

Resumen de Información de Colocación en Servicio Comunitario

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____ Número del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Número de Teléfono: _____ CIN: _____

Dirección: _____ Tipo del Caso: _____
Código Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Centro de Trabajo: _____

Condado de Residencia: _____

INFORMACIÓN DE COLOCACIÓN

Agencia: _____

Código de Trabajo: _____

Colocación: _____

Reseña: _____

Fecha de NS: _____

Fecha de Presentación: _____

Horas de Trabajo: _____

Cuidado Infantil: _____

Comentarios:

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

Appointment with CareerCompass for Reassessment

You have an appointment with your CareerCompass provider, _____, to check-in. Since CareerCompass is responsible for making sure that you are getting the services that best meet your career needs, this appointment is a chance to discuss your progress. The goal is to find out what is working and what may need to be changed.

What this means for your current assignment:

At this time, there is no change to your current assignment. After your discussion with the CareerCompass provider, you may decide to choose a new assignment. In the meantime, you should continue job search and other work-related activities in order to keep your benefits.

Reassessment appointment:

You must report at the location listed below on the scheduled date and time shown. If you cannot keep your appointment because of a child care issue, please let your CareerCompass provider know in advance.

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Provider Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Travel Directions:

This is a mandatory appointment. If you do not go to this appointment, or miss other program requirements, your Cash Assistance benefits may be lowered or stopped. Your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits may also be lowered or stopped if you do not go to this appointment or if you do not do what the program requires for at least 30 hours each week. Failure to comply with Cash Assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.

See next page 

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.

SAMPLE

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

Cita con CareerCompass para Reevaluación

Usted tiene una cita de seguimiento con su proveedor de CareerCompass, _____. Puesto que CareerCompass es responsable de brindarle los servicios que mejor satisfagan sus necesidades profesionales, esta cita representa una oportunidad para tratar de su progreso. La cita tiene por objeto establecer lo que facilita su progreso, así como los cambios eventuales que se necesiten efectuar.

Lo que esto significa para su asignación actual:

En este momento, su actual asignación no ha cambiado. Tras la cita con su proveedor de CareerCompass, usted puede optar por nueva asignación. Entretanto, para conservar sus beneficios, usted debe continuar la búsqueda de trabajo, así como otras actividades relacionadas con el trabajo.

Cita de reevaluación:

Usted debe presentarse en la fecha y hora programadas al local indicado a continuación. Si no puede cumplir su cita a raíz de un problema de cuidado infantil, favor de informarle de antemano a su proveedor de CareerCompass.

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

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

Vea la próxima página 

Esta cita es obligatoria. Si usted no se presenta a esta cita, ni cumple otros requisitos del programa, se pueden reducir o cancelar sus beneficios de Asistencia en Efectivo. Si usted no se presenta a esta cita, o si no cumple las mínimas 30 horas semanales estipuladas, también se pueden reducir o cancelar sus beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). El incumplimiento de los requisitos de trabajo de Asistencia en Efectivo no afecta su elegibilidad para Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.

¿Padece usted una discapacidad o afección médica que le dificulte entender este aviso o cumplir el mismo? ¿Le dificulta esta afección obtener otros servicios de la HRA? Llámenos al **212-331-4640** y nosotros podremos ayudarle. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

SAMPLE

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

Appointment with YouthPathways for Reassessment

You have an appointment with your YouthPathways provider, _____, to check-in. Since YouthPathways is responsible for making sure that you are getting the services that best meet your career needs, this appointment is a chance to discuss your progress. The goal is to find out what is working and what may need to be changed.

What this means for your current assignment:

At this time, there is no change to your current assignment. After your discussion with the YouthPathways provider, you may decide to choose a new assignment. In the meantime, you should continue job search and other work-related activities in order to keep your benefits.

Reassessment appointment:

You must report at the location listed below on the scheduled date and time shown. If you cannot keep your appointment because of a child care issue, please let your YouthPathways provider know in advance.

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Provider Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Travel Directions:

This is a mandatory appointment. If you do not go to this appointment, or miss other program requirements, your Cash Assistance benefits may be lowered or stopped. Your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits may also be lowered or stopped if you do not go to this appointment or if you do not do what the program requires for at least 30 hours each week. Failure to comply with Cash Assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.

See next page 

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.

SAMPLE

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

Cita con YouthPathways para Reevaluación

Usted tiene una cita de seguimiento con su proveedor de YouthPathways, _____. Puesto que YouthPathways es responsable de brindarle los servicios que mejor satisfagan sus necesidades profesionales, esta cita representa una oportunidad para tratar de su progreso. La cita tiene por objeto establecer lo que facilita su progreso, así como los cambios eventuales que se necesiten efectuar.

Lo que esto significa para su asignación actual:

En este momento, su actual asignación no ha cambiado. Tras la cita con su proveedor de YouthPathways, usted puede optar por nueva asignación. Entretanto, para conservar sus beneficios, usted debe continuar la búsqueda de trabajo, así como otras actividades relacionadas con el trabajo.

Cita de reevaluación:

Usted debe presentarse en la fecha y hora programadas al local indicado a continuación. Si no puede cumplir su cita a raíz de un problema de cuidado infantil, favor de informarle de antemano a su proveedor de YouthPathways.

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

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

Esta cita es obligatoria. Si usted no se presenta a esta cita, ni cumple otros requisitos del programa, se pueden reducir o cancelar sus beneficios de Asistencia en Efectivo. Si usted no se presenta a esta cita, o si no cumple las mínimas 30 horas semanales estipuladas, también se pueden reducir o cancelar sus beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). El incumplimiento de los requisitos de trabajo de Asistencia en Efectivo no afecta su elegibilidad para Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.

Vea la próxima página 

¿Padece usted una discapacidad o afección médica que le dificulte entender este aviso o cumplir el mismo? ¿Le dificulta esta afección obtener otros servicios de la HRA? Llámenos al **212-331-4640** y nosotros podremos ayudarle. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

SAMPLE



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Caseload: _____
FH&C
Phone Number: _____
Action Code: _____

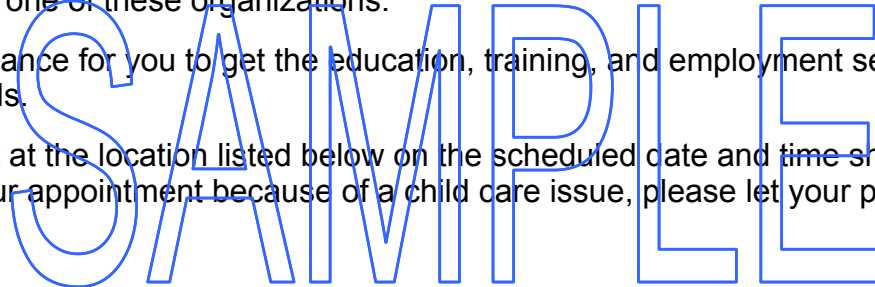
YouthPathways Service Referral

Based on discussions you had with your **YouthPathways** provider about your skills, interests, and career goals, you are being referred to _____ to receive services that will help you build a successful career.

HRA and your **YouthPathways** provider partner with organizations to connect clients to free programs that have already received good results for other HRA clients. This referral connects you to one of these organizations.

This will be a chance for you to get the education, training, and employment services that fit your career goals.

You must report at the location listed below on the scheduled date and time shown. If you cannot keep your appointment because of a child care issue, please let your provider know in advance.



Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Provider Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Travel Directions:

This is a mandatory appointment. If you do not go to this appointment, or miss other program requirements, your Cash Assistance benefits may be lowered or stopped. Your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits may also be lowered or stopped if you do not go to this appointment or if you do not do what the program requires for at least 30 hours each week. Failure to comply with Cash Assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.

See next page

Your participation in this program is mandatory unless you receive another assignment, you find a job, or we find that you have become unable to work or excused for another reason such as:

- You have reached 60 years of age.
- You are in the last 30 days of pregnancy.
- You are a single parent caring for a child less than thirteen (13) weeks of age.
- You are needed at home to take care of a member of your household who is ill or has a disability.

In order to keep your benefits, you must work the assigned number of hours at your services site, unless you have good cause or a good reason not to work. If you do not work the assigned hours and do not have good cause, your benefits may be lowered or stopped.

This notice tells you what to do if you believe that you should not work or should receive a different assignment because of a medical condition, or you cannot come to work for another reason.

What if you believe that you should not be required to work because of a medical condition?

If you do not agree with the finding that you are able to work, you may ask for a conference or a Fair Hearing, or both. Please see the Conference and Fair Hearing Information section of this notice for more information.

What to do if you think that you should be given a different work assignment because of a medical condition:

If you have already been found as work limited by an HRA-authorized medical practitioner, you have told your site supervisor about your limitations, and the agency has, to the best of its ability, made changes to your assignment to meet your medical needs, you may still challenge the assignment as a medical hardship. The proper way to challenge an assignment is as follows:

1. Report to your assigned agency and find out about your assignment. You may discuss any issues you have about whether the assignment is right for you with the person who gives you the assignment, your supervisor at the assignment, or the organization's coordinator.
2. If your issue could not be worked out at your site, you can make an appointment for a conference at HRA's Participants' Service Unit at **109 East 16th Street, Room 920A, New York, NY**. You may also call **(212) 835-8457** to make an appointment.
3. If your issue could not be worked out at the Participants' Service Unit conference, you may request a Fair Hearing. (Please see the Conference and Fair Hearing Information section of this notice for more information.)

What if your medical condition changes in a way that affects your ability to work?

Tell your site supervisor about any issue related to your medical condition. You must give us a letter on your doctor's stationery that includes the doctor's name, the date, your medical condition, and when you are expected to recover. The letter must also say what work activities you are unable to do and why. The letter must be an original, not a photocopy, and it must be current.

We may change your assignment to another based on the medical condition described in the letter you give us. We may refer you for a medical assessment.

See next page 

You may refuse to work at an assignment because it affects your medical condition. However, if it is found at a Fair Hearing that there is no reason for your claim that you are unable to engage in the assigned activities and that you were not honest about your medical condition, your benefits may be lowered or stopped.

Follow the instructions in the **What if you receive a Notice of Intent to discontinue benefits?** section below if you receive a Notice of Intent as a result of a change in your medical condition of which we are unaware.

When can you be absent from your assignment?

You do not have to report to your assignment on holidays observed by your assigned agency, on your days of religious observance (must have proof), or when you have "good cause."

What is "good cause" for missing a day or days of work?

"Good cause" includes things beyond your control like illness, family emergency, jury duty, appointments at an HRA office, school closings, child care issues, or lack of transportation. "Good cause" also includes employment interviews and temporary or part-time employment.

What to do if you cannot come to work or you are going to be late:

You must tell your supervisor by telephone as soon as you know that you are going to be absent or late. Tell them before your scheduled starting time. If you do not do so, your benefits may be lowered or stopped. When you return to your site, you must bring any proof that you can get to show why you were absent or late.

What happens when you are absent or late without good cause, do not tell your supervisor that you will be absent or late, or do not provide proof?

If you are absent or late without good cause, you will receive a notice for not following the rules of your assignment. You may also receive a notice for not informing your supervisor or for not providing proof. You will have the right to request conciliation, conference and/or Fair Hearing within the time limit stated in the notice.

What if you receive a Notice of Intent to discontinue benefits?

If you receive a Notice of Intent to discontinue benefits because you did not follow the rules of your assignment, you have a right to a Fair Hearing. Your benefits will continue, pending the Fair Hearing decision, as long as you make a request for a Fair Hearing within the time frame stated in the Notice of Intent.

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.

**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.**

See next page 

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 (a conference is an 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 (and keep a copy for yourself) of this 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**

- (3) **FAX:** Fax a copy of this entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
(518) 473-6735
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of this 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:
14 Boerum Place, Brooklyn NY 11201
- (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.

If you have a disability, and cannot travel, you may appear through a representative such as a friend, relative or lawyer. If your representative is not a lawyer, or an employee of a lawyer, your representative must bring the hearing officer a written letter, signed

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.

See next page



AVAILABILITY OF POLICY MATERIALS: The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) policy issuances and manuals are posted on the OTDA website at <http://www.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.

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, medical assistance, or social services issues; and you must ask within ninety (90) days for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) 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 de Casos: _____
Número de Teléfono de FH&C: _____
Código de Acción: _____

Envío a Servicio de YouthPathways

Según las discusiones con su proveedor de **YouthPathways** que trataban de sus aptitudes, intereses, y metas profesionales, a usted se le ha enviado a _____, para que reciba servicios para ayudarle a progresar en su carrera.

Tanto la HRA como su proveedor de **YouthPathways** colaboran con organizaciones para comunicar a los clientes de la HRA con programas gratuitos de trayectoria satisfactoria. El presente envío le comunica con una de dichas organizaciones.

Este envío será una oportunidad para que usted obtenga la educación, capacitación, y servicios de empleo que correspondan a sus metas profesionales.

Usted debe presentarse en la fecha y hora programadas al local indicado a continuación. Si no puede cumplir su cita a raíz de un problema de cuidado infantil, favor de informarle de antemano a su proveedor.

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

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

Esta cita es obligatoria. Si usted no se presenta a esta cita, ni cumple otros requisitos del programa, se pueden reducir o cancelar sus beneficios de Asistencia en Efectivo. Si usted no se presenta a esta cita, o si no cumple las mínimas 30 horas semanales estipuladas, también se pueden reducir o cancelar sus beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). El incumplimiento de los requisitos de trabajo de Asistencia en Efectivo no afecta su elegibilidad para Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.

Vea la próxima página 

Su participación en este programa es obligatoria a no ser que usted reciba otra asignación, consiga trabajo, o que nosotros determinemos que usted no puede trabajar o esté exento(a) por otro motivo tal como:

- haber cumplido los 60 años de edad.
- haber entrado en los últimos 30 días de embarazo.
- ser padre/madre soltero(a) que cuida a un niño menor de (13) semanas de edad.
- ser persona necesaria en casa para cuidar a un miembro de su hogar enfermo o discapacitado.

Para conservar sus beneficios, usted debe trabajar el total asignado de horas en su local de trabajo, a menos que tenga motivo justificado u otra justificación por no trabajar. Se pueden reducir o suspender sus beneficios en caso de usted no trabajar el total de horas asignadas, ni tener el antemencionado motivo justificado.

Por el presente se le indica los pasos a tomar si piensa que no debería trabajar o debería recibir una asignación distinta, debido a una afección médica o a la imposibilidad de presentarse al trabajo por otro motivo.

¿Qué tal si usted piensa que debido a una afección médica no se le debería exigir que trabaje?

Si no está de acuerdo con la determinación que usted es apto(a) para trabajar, puede solicitar una conferencia o una Audiencia Imparcial, o ambas. Para más información, favor de consultar la sección de Conferencias y Audiencias Imparciales del presente aviso.

¿Qué debe hacer si piensa que se le debe asignar a otro trabajo debido a una afección médica?

Si ya se le ha determinado limitado(a) para trabajar por parte de un proveedor médico autorizado por la HRA, ha informado al supervisor del local sobre sus limitaciones, y como mejor posible, la agencia ha ajustado su asignación para satisfacer sus necesidades médicas, usted aún puede oponerse a la asignación por presentarle una dificultad médica. A continuación se le explica la manera apropiada de oponerse a una asignación:

1. Preséntese a su agencia asignada e infórmese de su asignación. Usted puede tratar de cualquier problema sobre la adecuación de la asignación con la persona que le otorgue la misma, con su supervisor de la misma, o con el coordinador de la organización.
2. En caso de que no se haya resuelto su problema en el local asignado, usted puede programar una cita para una conferencia en la Unidad de Servicio al Participante de la HRA en el **109 East 16th Street, Sala 920A, New York, NY**. Usted también puede llamar al **(212) 835-8457** para programar una cita.
3. En caso de que no se haya resuelto su problema durante la conferencia de la Unidad de Servicio al Participante, usted puede solicitar una Audiencia Imparcial. (Para más información, por favor vea la sección de información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales del presente aviso.)

¿Qué tal si su afección médica cambia de manera que afecte su aptitud para trabajar?

Hable con su supervisor del local de trabajo de servicio comunitario sobre cualquier problema relacionado con su afección médica. Usted debe presentarnos una carta fechada en el membrete de su médico, con el nombre del mismo, afección médica, y la fecha anticipada de recuperación. Además, esta carta debe indicar las actividades de trabajo que usted no puede desempeñar y la razón de ello. La carta debe ser actual y original, no una fotocopia.

Nosotros podemos cambiar su colocación a otra, según la afección médica indicada en la carta proporcionada por usted. Nosotros podemos derivarle a evaluación médica.

Vea la próxima página 

Usted puede negarse a trabajar en una asignación por empeorar su afección médica. No obstante, se pueden reducir o suspender sus beneficios si se determina durante una Audiencia Imparcial que su reclamación de no poder participar en las actividades asignadas carece de fundamento. Además, se puede tomar dicha medida en caso de determinarse que usted no ha sido honesto(a) respecto a su afección médica.

Siga las instrucciones en la sección a continuación de **¿Qué tal si recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios?** en caso de recibir un Aviso de la Intención a raíz de un cambio en su afección médica, de la que no estemos al día.

¿En qué circunstancias puede usted faltar a su asignación?

Usted no tiene que presentarse a su asignación en los días feriados observados por su proveedor participante, ni en sus días de observancia religiosa (a ser documentados), ni cuando tenga "motivo justificado".

¿Qué se considera "motivo justificado" por faltar al trabajo?

"Motivo justificado" incluye circunstancias ajenas a su voluntad, como enfermedad, emergencia familiar, deber de jurado, citas en oficinas de la HRA, cierre escolar, problemas con el cuidado infantil, o falta de transporte. "Motivo justificado" también incluye las entrevistas de empleo y el trabajo temporario o a tiempo parcial.

¿Qué debe hacer usted si no puede presentarse al trabajo o si va a llegar tarde?

Debe informar a su supervisor por teléfono tan pronto sepa que va a faltar o llegar tarde. Hágalo antes de la hora programada de comienzo de trabajo. De no hacerlo, se pueden reducir o suspender sus beneficios. Al regresar a su local de trabajo, usted debe traer cualquier prueba del motivo por su ausencia o tardanza.

¿Qué tal si usted falta o llega tarde sin motivo justificado, sin informar de antemano a su supervisor, o sin proporcionar la prueba necesaria?


Si usted falta o llega tarde sin motivo justificado, recibirá un aviso por no cumplir las reglas de su asignación. Puede además recibir un aviso por no informar a su supervisor, o por no proporcionar la prueba necesaria. Usted tendrá derecho a solicitar conciliación, conferencia y/o Audiencia Imparcial, dentro del límite de tiempo indicado en dicho aviso.

¿Qué tal si recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios?

Si usted recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios por no cumplir las reglas de su asignación, tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Sus beneficios continuarán, pendiente de la decisión de la Audiencia Imparcial, siempre que presente solicitud de la misma dentro del límite de tiempo indicado en el Aviso de la Intención.

¿Padece usted una discapacidad o afección médica que le dificulte entender este aviso o cumplir el mismo? ¿Le dificulta esta afección obtener otros servicios de la HRA? Llámenos al **212-331-4640** y nosotros podremos ayudarle. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN DE CONFERENCIAS Y
AUDIENCIAS IMPARCIALES DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

Vea la próxima página 

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera errónea nuestra decisión, o si no la entiende, por favor llámenos para programar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) en la **página 1** de este aviso, o escribanos a la dirección en la **página 1** de este aviso. A veces éste resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que tenga. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha solicitado 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 errónea(s) la(s) decisión(es) que estamos tomando, 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 al llamar.)

(2) POR ESCRITO: Envíe una copia (y guarde una copia para sí) de todo este 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**

(3) FAX: Faxee una copia de todo este aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.

(4) EN PERSONA: Traiga una copia de todo este aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a la siguiente dirección:
14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201.

(5) POR INTERNET: Llene un formulario de petición electrónica en: <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 errónea nuestra decisión. 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 esa 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.

Si usted padece una discapacidad, y no puede trasladarse, puede comparecer mediante un representante, o un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni es empleado de abogado, su representante debe traerle al funcionario de audiencias una carta escrita y firmada.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratuita, puede obtener tal asistencia al comunicarse con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede ubicar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercana al buscar 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 fax, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos de 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 fax, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por fax 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 solicitarlas con anticipación. Éstas se le proveerán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Se le enviarán por correo los documentos sólo si así los solicita específicamente.

Vea la próxima página 

DISPONIBILIDAD DE LOS MATERIALES DE POLÍTICA: Las expediciones y manuales de política de la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados (OTDA) están publicados en el sitio web de la OTDA en <http://www.otda.ny.gov/legal>. Estas expediciones y estos manuales están disponibles para que usted o su representante determinen si deben solicitar una Audiencia Imparcial o para prepararse para la misma. Además, previa solicitud a su distrito local de servicios sociales, habrá disponibles expediciones y manuales concretos de política de la OTDA, para asistirle a usted o a su representante.

INFORMACIÓN: Si usted desea más información sobre su caso, cómo solicitar 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 **página 1** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de Asistencia en Efectivo, asistencia médica, o de servicios sociales; y tiene que presentar solicitud dentro de noventa (90) días para asuntos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Si usted no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Discapacitados por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de solicitar por escrito una Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

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

SAMPLE

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 _____
 Phone Number: _____
 Action Code: _____

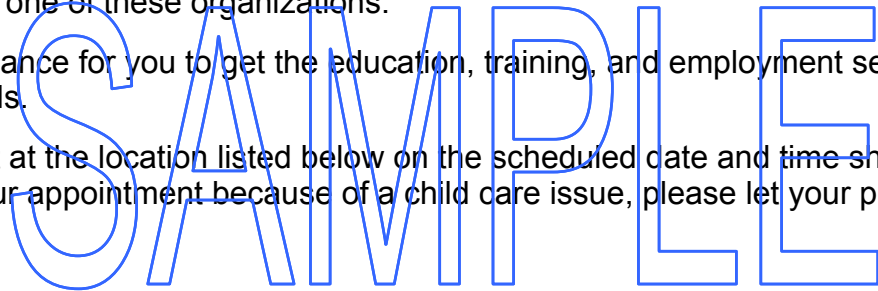
CareerCompass Service Referral

Based on discussions you had with your **CareerCompass** provider about your skills, interests, and career goals, you are being referred to _____ to receive services that will help you build a successful career.

HRA and your **CareerCompass** provider partner with organizations to connect clients to free programs that have already received good results for other HRA clients. This referral connects you to one of these organizations.

This will be a chance for you to get the education, training, and employment services that fit your career goals.

You must report at the location listed below on the scheduled date and time shown. If you cannot keep your appointment because of a child care issue, please let your provider know in advance.



Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Provider Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Travel Directions:

This is a mandatory appointment. If you do not go to this appointment, or miss other program requirements, your Cash Assistance benefits may be lowered or stopped. Your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits may also be lowered or stopped if you do not go to this appointment or if you do not do what the program requires for at least 30 hours each week. Failure to comply with Cash Assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.

See next page

Your participation in this program is mandatory unless you receive another assignment, you find a job, or we find that you have become unable to work or excused for another reason such as:

- You have reached 60 years of age.
- You are in the last 30 days of pregnancy.
- You are a single parent caring for a child less than thirteen (13) weeks of age.
- You are needed at home to take care of a member of your household who is ill or has a disability.

In order to keep your benefits, you must work the assigned number of hours at your services site, unless you have good cause or a good reason not to work. If you do not work the assigned hours and do not have good cause, your benefits may be lowered or stopped.

This notice tells you what to do if you believe that you should not work or should receive a different assignment because of a medical condition, or you cannot come to work for another reason.

What if you believe that you should not be required to work because of a medical condition?

If you do not agree with the finding that you are able to work, you may ask for a conference or a Fair Hearing, or both. Please see the Conference and Fair Hearing Information section of this notice for more information.

What to do if you think that you should be given a different work assignment because of a medical condition:

If you have already been found as work limited by an HRA-authorized medical practitioner, you have told your site supervisor about your limitations, and the agency has, to the best of its ability, made changes to your assignment to meet your medical needs, you may still challenge the assignment as a medical hardship. The proper way to challenge an assignment is as follows:

1. Report to your assigned agency and find out about your assignment. You may discuss any issues you have about whether the assignment is right for you with the person who gives you the assignment, your supervisor at the assignment, or the organization's coordinator.
2. If your issue could not be worked out at your site, you can make an appointment for a conference at HRA's Participants' Service Unit at **109 East 16th Street, Room 920A, New York, NY**. You may also call **(212) 835-8457** to make an appointment.
3. If your issue could not be worked out at the Participants' Service Unit conference, you may request a Fair Hearing. (Please see the Conference and Fair Hearing Information section of this notice for more information.)

What if your medical condition changes in a way that affects your ability to work?

Tell your site supervisor about any issue related to your medical condition. You must give us a letter on your doctor's stationery that includes the doctor's name, the date, your medical condition, and when you are expected to recover. The letter must also say what work activities you are unable to do and why. The letter must be an original, not a photocopy, and it must be current.

We may change your assignment to another based on the medical condition described in the letter you give us. We may refer you for a medical assessment.

See next page 

You may refuse to work at an assignment because it affects your medical condition. However, if it is found at a Fair Hearing that there is no reason for your claim that you are unable to engage in the assigned activities and that you were not honest about your medical condition, your benefits may be lowered or stopped.

Follow the instructions in the **What if you receive a Notice of Intent to discontinue benefits?** section below if you receive a Notice of Intent as a result of a change in your medical condition of which we are unaware.

When can you be absent from your assignment?

You do not have to report to your assignment on holidays observed by your assigned agency, on your days of religious observance (must have proof), or when you have "good cause."

What is "good cause" for missing a day or days of work?

"Good cause" includes things beyond your control like illness, family emergency, jury duty, appointments at an HRA office, school closings, child care issues, or lack of transportation. "Good cause" also includes employment interviews and temporary or part-time employment.

What to do if you cannot come to work or you are going to be late:

You must tell your supervisor by telephone as soon as you know that you are going to be absent or late. Tell them before your scheduled starting time. If you do not do so, your benefits may be lowered or stopped. When you return to your site, you must bring any proof that you can get to show why you were absent or late.

What happens when you are absent or late without good cause, do not tell your supervisor that you will be absent or late, or do not provide proof?

If you are absent or late without good cause, you will receive a notice for not following the rules of your assignment. You may also receive a notice for not informing your supervisor or for not providing proof. You will have the right to request conciliation, conference and/or Fair Hearing within the time limit stated in the notice.

What if you receive a Notice of Intent to discontinue benefits?

If you receive a Notice of Intent to discontinue benefits because you did not follow the rules of your assignment, you have a right to a Fair Hearing. Your benefits will continue, pending the Fair Hearing decision, as long as you make a request for a Fair Hearing within the time frame stated in the Notice of Intent.

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.

**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.**

See next page 

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 (a conference is an 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 (and keep a copy for yourself) of this 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**

- (3) **FAX:** Fax a copy of this entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
(518) 473-6735
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of this 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:
14 Boerum Place, Brooklyn NY 11201
- (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.

If you have a disability, and cannot travel, you may appear through a representative such as a friend, relative or lawyer. If your representative is not a lawyer, or an employee of a lawyer, your representative must bring the hearing officer a written letter, signed

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.

See next page



AVAILABILITY OF POLICY MATERIALS: The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) policy issuances and manuals are posted on the OTDA website at <http://www.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.

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, medical assistance, or social services issues; and you must ask within ninety (90) days for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) 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 de Casos: _____
 Número de Teléfono de FH&C: _____
 Código de Acción: _____

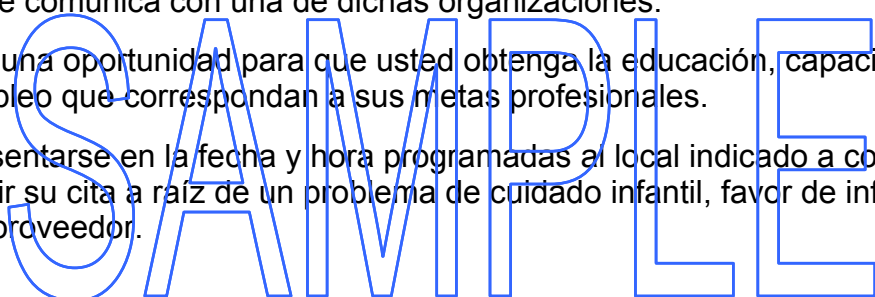
Envío de Servicio de CareerCompass

Según las discusiones con su proveedor de **CareerCompass** que trataban de sus aptitudes, intereses, y metas profesionales, a usted se le ha enviado a _____, para que reciba servicios para ayudarle a progresar en su carrera.

Tanto la HRA como su proveedor de **CareerCompass** colaboran con organizaciones para comunicar a los clientes de la HRA con programas gratuitos de trayectoria satisfactoria. El presente envío le comunica con una de dichas organizaciones.

Este envío será una oportunidad para que usted obtenga la educación, capacitación, y servicios de empleo que correspondan a sus metas profesionales.

Usted debe presentarse en la fecha y hora programadas al local indicado a continuación. Si no puede cumplir su cita a raíz de un problema de cuidado infantil, favor de informarle de antemano a su proveedor.



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

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

Esta cita es obligatoria. Si usted no se presenta a esta cita, ni cumple otros requisitos del programa, se pueden reducir o cancelar sus beneficios de Asistencia en Efectivo. Si usted no se presenta a esta cita, o si no cumple las mínimas 30 horas semanales estipuladas, también se pueden reducir o cancelar sus beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). El incumplimiento de los requisitos de trabajo de Asistencia en Efectivo no afecta su elegibilidad para Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid.

Vea la próxima página

Su participación en este programa es obligatoria a no ser que usted reciba otra asignación, consiga trabajo, o que nosotros determinemos que usted no puede trabajar o esté exento(a) por otro motivo tal como:

- haber cumplido los 60 años de edad.
- haber entrado en los últimos 30 días de embarazo.
- ser padre/madre soltero(a) que cuida a un niño menor de (13) semanas de edad.
- ser persona necesaria en casa para cuidar a un miembro de su hogar enfermo o discapacitado.

Para conservar sus beneficios, usted debe trabajar el total asignado de horas en su local de trabajo, a menos que tenga motivo justificado u otra justificación por no trabajar. Se pueden reducir o suspender sus beneficios en caso de usted no trabajar el total de horas asignadas, ni tener el antemencionado motivo justificado.

Por el presente se le indica los pasos a tomar si piensa que no debería trabajar o debería recibir una asignación distinta, debido a una afección médica o a la imposibilidad de presentarse al trabajo por otro motivo.

¿Qué tal si usted piensa que debido a una afección médica no se le debería exigir que trabaje?

Si no está de acuerdo con la determinación que usted es apto(a) para trabajar, puede solicitar una conferencia o una Audiencia Imparcial, o ambas. Para más información, favor de consultar la sección de Conferencias y Audiencias Imparciales del presente aviso.

¿Qué debe hacer si piensa que se le debe asignar a otro trabajo debido a una afección médica?

Si ya se le ha determinado limitado(a) para trabajar por parte de un proveedor médico autorizado por la HRA, ha informado al supervisor del local sobre sus limitaciones, y como mejor posible, la agencia ha ajustado su asignación para satisfacer sus necesidades médicas, usted aún puede oponerse a la asignación por presentarle una dificultad médica. A continuación se le explica la manera apropiada de oponerse a una asignación:

1. Preséntese a su agencia asignada e infórmese de su asignación. Usted puede tratar de cualquier problema sobre la adecuación de la asignación con la persona que le otorgue la misma, con su supervisor de la misma, o con el coordinador de la organización.
2. En caso de que no se haya resuelto su problema en el local asignado, usted puede programar una cita para una conferencia en la Unidad de Servicio al Participante de la HRA en el **109 East 16th Street, Sala 920A, New York, NY**. Usted también puede llamar al **(212) 835-8457** para programar una cita.
3. En caso de que no se haya resuelto su problema durante la conferencia de la Unidad de Servicio al Participante, usted puede solicitar una Audiencia Imparcial. (Para más información, por favor vea la sección de información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales del presente aviso.)

¿Qué tal si su afección médica cambia de manera que afecte su aptitud para trabajar?

Hable con su supervisor del local de trabajo de servicio comunitario sobre cualquier problema relacionado con su afección médica. Usted debe presentarnos una carta fechada en el membrete de su médico, con el nombre del mismo, afección médica, y la fecha anticipada de recuperación. Además, esta carta debe indicar las actividades de trabajo que usted no puede desempeñar y la razón de ello. La carta debe ser actual y original, no una fotocopia.

Nosotros podemos cambiar su colocación a otra, según la afección médica indicada en la carta proporcionada por usted. Nosotros podemos derivarle a evaluación médica.

Vea la próxima página 

Usted puede negarse a trabajar en una asignación por empeorar su afección médica. No obstante, se pueden reducir o suspender sus beneficios si se determina durante una Audiencia Imparcial que su reclamación de no poder participar en las actividades asignadas carece de fundamento. Además, se puede tomar dicha medida en caso de determinarse que usted no ha sido honesto(a) respecto a su afección médica.

Siga las instrucciones en la sección a continuación de **¿Qué tal si recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios?** en caso de recibir un Aviso de la Intención a raíz de un cambio en su afección médica, de la que no estemos al día.

¿En qué circunstancias puede usted faltar a su asignación?

Usted no tiene que presentarse a su asignación en los días feriados observados por su proveedor participante, ni en sus días de observancia religiosa (a ser documentados), ni cuando tenga "motivo justificado".

¿Qué se considera "motivo justificado" por faltar al trabajo?

"Motivo justificado" incluye circunstancias ajenas a su voluntad, como enfermedad, emergencia familiar, deber de jurado, citas en oficinas de la HRA, cierre escolar, problemas con el cuidado infantil, o falta de transporte. "Motivo justificado" también incluye las entrevistas de empleo y el trabajo temporario o a tiempo parcial.

¿Qué debe hacer usted si no puede presentarse al trabajo o si va a llegar tarde?

Debe informar a su supervisor por teléfono tan pronto sepa que va a faltar o llegar tarde. Hágalo antes de la hora programada de comienzo de trabajo. De no hacerlo, puede perder su plaza en el servicio comunitario de voluntario y ser asignado(a) a otra actividad de trabajo. Al regresar a su local de trabajo, usted debe traer cualquier prueba del motivo por su ausencia o tardanza.

¿Qué tal si usted falta o llega tarde sin motivo justificado, sin informar de antemano a su supervisor, o sin proporcionar la prueba necesaria?

Si usted falta o llega tarde sin motivo justificado, recibirá un aviso por no cumplir las reglas de su asignación. Puede además recibir un aviso por no informar a su supervisor, o por no proporcionar la prueba necesaria. Usted tendrá derecho a solicitar conciliación, conferencia y/o Audiencia Imparcial, dentro del límite de tiempo indicado en dicho aviso.

¿Qué tal si recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios?

Si usted recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios por no cumplir las reglas de su asignación, tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Sus beneficios continuarán, pendiente de la decisión de la Audiencia Imparcial, siempre que presente solicitud de la misma dentro del límite de tiempo indicado en el Aviso de la Intención.

¿Padece usted una discapacidad o afección médica que le dificulte entender este aviso o cumplir el mismo? ¿Le dificulta esta afección obtener otros servicios de la HRA? Llámenos al **212-331-4640** y nosotros podremos ayudarle. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN DE CONFERENCIAS Y
AUDIENCIAS IMPARCIALES DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

Vea la próxima página 

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCIA

Si usted considera errónea nuestra decisión, o si no la entiende, por favor llámenos para programar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) en la **página 1** de este aviso, o escribanos a la dirección en la **página 1** de este aviso. A veces éste resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que tenga. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha solicitado 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 errónea(s) la(s) decisión(es) que estamos tomando, 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 al llamar.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia (y guarde una copia para sí) de todo este 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**
- (3) **FAX:** Faxee una copia de todo este aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo este aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a la siguiente dirección:
14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201.
- (5) **POR INTERNET:** Llene un formulario de petición electrónica en: <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 errónea nuestra decisión. 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 esa 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.

Si usted padece una discapacidad, y no puede trasladarse, puede comparecer mediante un representante, o un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni es empleado de abogado, su representante debe traerle al funcionario de audiencias una carta escrita y firmada.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratuita, puede obtener tal asistencia al comunicarse con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede ubicar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercana al buscar 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 fax, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos de 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 fax, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por fax 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 solicitarlas con anticipación. Éstas se le proveerán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Se le enviarán por correo los documentos sólo si así los solicita específicamente.

Vea la próxima página 

DISPONIBILIDAD DE LOS MATERIALES DE POLÍTICA: Las expediciones y manuales de política de la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados (OTDA) están publicados en el sitio web de la OTDA en <http://www.otda.ny.gov/legal>. Estas expediciones y estos manuales están disponibles para que usted o su representante determinen si deben solicitar una Audiencia Imparcial o para prepararse para la misma. Además, previa solicitud a su distrito local de servicios sociales, habrá disponibles expediciones y manuales concretos de política de la OTDA, para asistirle a usted o a su representante.

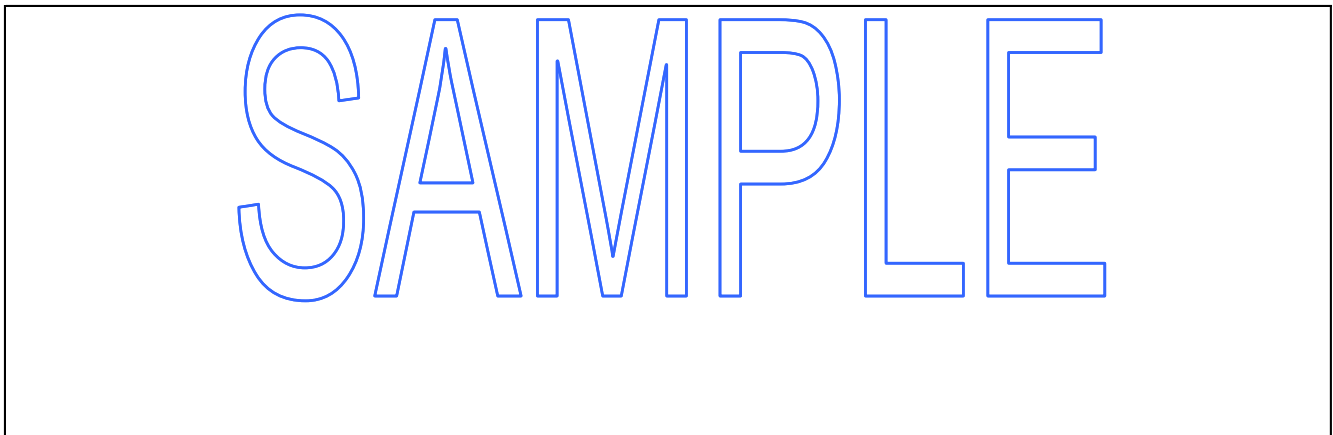
INFORMACIÓN: Si usted desea más información sobre su caso, cómo solicitar una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **página 1** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de Asistencia en Efectivo, asistencia médica, o de servicios sociales; y tiene que presentar solicitud dentro de noventa (90) días para asuntos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Si usted no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Discapacitados por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de solicitar por escrito una Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

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



En Letras de Molde: _____ Núm. del Caso: _____

Nombre I. Apellido

Dirección: _____

Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

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

Transition of LINC Aftercare to CareerAdvance Provider

As of April 3, 2017, HRA replaced the LINC Back to Work (B2W) Aftercare program with a new provider, Career Advance.

The new LINC Aftercare provider, Career Advance, offers similar aftercare supportive services that were offered by the LINC B2W Aftercare program. This new provider will improve the way you receive services so that you can move from subsidized to unsubsidized housing.

What this means for your new LINC Aftercare program:

At the new LINC Aftercare provider, Career Advance, you may receive services such as:

- one-on-one case management;
- career planning;
- housing stability through referrals to training and educational programs; or
- job referrals so that you can maintain a steady income.

You must call the provider to take advantage of the new LINC Aftercare services. Call the telephone number below to schedule an appointment.

Provider Name: _____ Telephone: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Travel Directions: Please call the MTA at **718-330-1234** or visit <http://www.mta.info>

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

Transición de Seguimiento Ulterior de LINC al Proveedor de CareerAdvance

A partir del 3 de abril del 2017, la HRA ha reemplazado el programa de Seguimiento Ulterior de Vuelta al Trabajo (B2W) de LINC con un nuevo proveedor, CareerAdvance.

El proveedor de Seguimiento Ulterior de LINC, CareerAdvance, brinda servicios de apoyo de Seguimiento Ulterior parecidos a los que brindaba el programa de Seguimiento Ulterior de Vuelta al Trabajo (B2W) de LINC. Este nuevo proveedor mejorará la prestación de los servicios de modo que usted pueda trasladarse de la vivienda subvencionada a la no subvencionada.

Lo que esto significa para su nuevo programa de seguimiento ulterior de LINC:

En el nuevo proveedor de Seguimiento Ulterior de LINC, CareerAdvance, puede que se le brinden servicios tales como:

- administración del caso en persona;
- planificación profesional;
- estabilidad de vivienda mediante envíos a programas educacionales y de capacitación; o
- envíos laborales para que usted pueda mantener un ingreso fijo.

Usted debe llamar por teléfono al proveedor para aprovechar los nuevos servicios de Seguimiento Ulterior de LINC. Llame al número telefónico indicado a continuación para programar una cita.

Nombre del Proveedor: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de viaje: Por favor llame a la MTA al **718-330-1234** o visite <http://www.mta.info>



Homelessness
Prevention
Administration

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Aftercare Provider: _____

**LETTER OF INTRODUCTION
TO THE LIVING IN COMMUNITIES (LINC) CAREERADVANCE PROVIDER
AFTERCARE PROGRAM**

Congratulations on securing/maintaining your housing!

As a LINC Housing Subsidy recipient, you are required to participate in Aftercare services provided by _____, a CareerAdvance provider.

At the CareerAdvance provider you will receive services such as career planning, in-depth case management, housing stability through referrals to social supports, employment retention, career advancement, and financial empowerment.

These services are available to help you transition from subsidized to unsubsidized housing.

To take advantage of these services, you must report to _____
at _____ on, or after, _____.

If you would like to schedule an appointment, please call _____.

Evening and weekend appointments are available.

Worker's Name (please print)

Date

Worker's Signature



Homelessness
Prevention
Administration

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Proveedor
de seguimiento ulterior: _____

**CARTA DE INTRODUCCIÓN
AL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO ULTERIOR DEL PROVEEDOR
DE CAREERADVANCE DE VIVIR EN COMUNIDADES (LINC)**

¡Felicitaciones por asegurar y conservar su vivienda!

Como beneficiario de subsidio de vivienda de LINC, a usted se le exige participar en los servicios de seguimiento ulterior brindados por _____, un proveedor de CareerAdvance.

En el proveedor de CareerAdvance, usted recibirá servicios como planificación profesional, administración exhaustiva del caso, estabilidad de vivienda mediante envíos a apoyo social, retención de empleo, progreso profesional y potenciación económica.

Estos servicios están disponibles para ayudarle a la trasladarse de la vivienda subvencionada a la no subvencionada.

Para aprovechar estos servicios, debe presentarse a _____ en _____ el o después del _____.

Si desea programar una cita, llame al _____.

Además hay citas disponibles de noche y en los fines de semana.

Nombre del trabajador (en letra de molde)

Fecha

Firma del trabajador