



# OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner  
Office of Procedures

## POLICY BULLETIN #17-67-OPE

**MONTHLY UPDATES: (FIA-1086D, FIA-1086E, FIA-1086H, FIA-1086I, FIA-1086J, FIA-1086M, FIA-1086P, FIA-1094P, FIA-1094Q, FIA-1094X, FIA-1133, FIA-1133A, FIA-1142, FIA-1142A, FIA-1142B, FIA-1142C, FIA-1142D, FIA-1150, M-617A, OCM-4, W-137G, W-137H, W-137J, W-138HH, W-364, W-364A)**

Date: July 27, 2017	Subtopic(s): Forms
	<p>The following poster has been updated:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Welcome to HRA” (<b>OCM-4[MLF]</b>) is a revised poster that promotes free interpretation services and directs applicants/participants to call 311 to report comments or complaints. The poster size is 18” x 24” and should be displayed at entries and when necessary on upper floors. The poster contains the mandated Local Law 73 and Local Law 30 languages.</li> </ul> <p>The following forms have been made obsolete:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Appointment With HRA Staff at Back to Work (B2W)” (<b>FIA-1086d</b>);</li> <li>• “Mandatory Return Appointment to Back to Work (B2W) Vendor” (<b>FIA-1086e</b>);</li> <li>• “Appointment With Back to Work (B2W) Representative” (<b>FIA-1086h</b>);</li> <li>• “Change in Back to Work (B2W) Site” (<b>FIA-1086i</b>);</li> <li>• “Form“Referral to a New Back to Work (B2W) Vendor” (<b>FIA-1086j</b>);</li> <li>• “Justification for DTS Request for Supplemental MetroCard Reimbursements” (<b>FIA-1086m</b>);</li> <li>• “B2W Partnership Opportunity Referral Letter” (<b>FIA-1086p</b>);</li> <li>• “Important Notice” (<b>FIA-1094p</b>);</li> <li>• “Important Notice to Participant/Tenant” (<b>FIA-1094q</b>);</li> <li>• “Your Mail-in Recertification/Eligibility Questionnaire” (Form M-327h) is Due February 15, 2016” (<b>FIA-1094x</b>);</li> <li>• “Independent Job Search Program Form” (<b>FIA-1133</b>);</li> <li>• “B2W Independent Job Search Time Sheet” (<b>FIA-1133a</b>);</li> <li>• “Job Skills Training Program Letter” (<b>FIA-1142</b>);</li> <li>• “Referral to Job Skills Training (JST) Program Letter” (<b>FIA-1142a</b>);</li> <li>• “Job Skills Training Program Letter for Current Work Experience Program (WEP) Participants” (<b>FIA-1142b</b>);</li> </ul>

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

- “Letter of Introduction Job Skills Training (JST)” (**FIA-1142c**);
- “Job Skills Training (JST) Program Assignment Rotation” (**FIA-1142d**);
- “Notice of Additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits” (**FIA-1150**);
- “WEP RELEASE FORM” (**M-617a**);
- “Notice of Additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits Cases Activated Within 210 Days of the Cash Assistance Denial” (**W-137G**);
- “Outcome of Review for Restored Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits” (**W-137H**);
- “Request for Additional Information Restored Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefit Review” (**W-137J**);
- “Notice of Appointment For Recertification Interview - Beers Match” (**W-138HH**);
- “Referral to Worksite” (**W-364**); and
- “New Start WEP Determination Form” (**W-364A**).

Center Directors must ensure that only the latest versions of forms (available on HRA eDocs) are used and that obsolete and previous versions of the forms are removed from circulation and recycled.

*Effective Immediately*

**Attachments:**

<b>OCM-4 (MLF)</b>	Welcome to HRA
<b>FIA-1086d</b>	Appointment With HRA Staff at Back to Work (B2W) ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1086d (S)</b>	Appointment With HRA Staff at Back to Work (B2W)” ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1086e</b>	Mandatory Return Appointment to Back to Work (B2W) Vendor ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1086e (S)</b>	Mandatory Return Appointment to Back to Work (B2W) Vendor ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1086h</b>	Appointment With Back to Work (B2W) Representative ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1086h (S)</b>	Appointment With Back to Work (B2W) Representative ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1086i</b>	Change in Back to Work (B2W) Site ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1086i (S)</b>	Change in Back to Work (B2W) Site ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1086j</b>	Referral to a New Back to Work (B2W) Vendor ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1086j (S)</b>	Referral to a New Back to Work (B2W) Vendor ( <b>Obsolete</b> )

<b>FIA-1086m</b>	Justification for DTS Request for Supplemental MetroCard Reimbursements( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1086m (S)</b>	Justification for DTS Request for Supplemental MetroCard Reimbursements ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1086p</b>	B2W Partnership Opportunity Referral Letter ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1086p (S)</b>	B2W Partnership Opportunity Referral Letter ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1094p</b>	Important Notice ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1094p (S)</b>	Important Notice ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1094q</b>	Important Notice to Participant/Tenant ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1094q (S)</b>	Important Notice to Participant/Tenant ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1094x</b>	Your Mail-in Recertification/Eligibility Questionnaire (Form M-327h) is Due February 15, 2016 ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1094x (S)</b>	Your Mail-in Recertification/Eligibility Questionnaire (Form M-327h) is Due February 15, 2016 ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1133</b>	Independent Job Search Program Form ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1133 (S)</b>	Independent Job Search Program Form ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1133a</b>	B2W Independent Job Search Time Sheet ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1133a (S)</b>	B2W Independent Job Search Time Sheet ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1142</b>	Job Skills Training Program Letter ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1142 (S)</b>	Job Skills Training Program Letter ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1142a</b>	Referral to Job Skills Training (JST) Program Letter ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1142a (S)</b>	Referral to Job Skills Training (JST) Program Letter ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1142b</b>	Job Skills Training Program Letter for Current Work Experience Program (WEP) Participants ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1142b (S)</b>	Job Skills Training Program Letter for Current Work Experience Program (WEP) Participants ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1142c</b>	Letter of Introduction Job Skills Training (JST) ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1142d</b>	Job Skills Training (JST) Program Assignment Rotation ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1142d (S)</b>	Job Skills Training (JST) Program Assignment Rotation ( <b>Obsolete</b> )

<b>FIA-1150</b>	Notice of Additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits ( <b>Obsolete</b> )
<b>FIA-1150 (S)</b>	Notice of Additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits ( <b>Obsolete</b> )
<b>M-617a</b>	WEP RELEASE FORM ( <b>Obsolete</b> )
<b>W-137G</b>	Notice of Additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits Cases Activated Within 210 Days of the Cash Assistance Denial ( <b>Obsolete</b> )
<b>W-137G (S)</b>	Notice of Additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits Cases Activated Within 210 Days of the Cash Assistance Denial ( <b>Obsolete</b> )
<b>W-137H</b>	Outcome of Review for Restored Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits ( <b>Obsolete</b> )
<b>W-137H (S)</b>	Outcome of Review for Restored Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits ( <b>Obsolete</b> )
<b>W-137J</b>	Request for Additional Information Restored Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefit Review ( <b>Obsolete</b> )
<b>W-137J (S)</b>	Request for Additional Information Restored Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefit Review ( <b>Obsolete</b> )
<b>W-138HH (MLF)</b>	Notice of Appointment For Recertification Interview - BEERS Match ( <b>Obsolete</b> )
<b>W-364</b>	Referral to Worksite ( <b>Obsolete</b> )
<b>W-364A</b>	New Start WEP Determination Form ( <b>Obsolete</b> )

# Welcome to HRA

Free interpretation services are available. For comments or concerns, please call 311.

مرحبًا بكم في HRA. تتوفر ترجمة فورية مجانية. للتعليقات أو المخاوف يُرجى الاتصال بالرقم 311.

বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা পাওয়া যায়। কোন মন্তব্য থাকলে বা উদ্বেগের ক্ষেত্রে অনুগ্রহ করে 311 নম্বরে ফোন করুন।

Nou Kontan Wè Ou nan HRA. Gen Sèvis entèpretasyon gratis. Pou bay kòmantè oswa pou fè konnen enkyetid ou, tanpri rele 311.

HRA 에 오신 것을 환영합니다. 무료 통역 서비스가 제공됩니다. 질문이나 우려사항이 있으시면 311번으로 전화해 주십시오.

Добро пожаловать в HRA. Предоставляются бесплатные переводческие услуги. Если у Вас есть замечания или вопросы, требующие решения, звоните 311.

Bienvenido a HRA. Ofrecemos servicios de interpretación gratuitos. Para sus comentarios o inquietudes, llame al 311.

提供免费的翻译服务。如有任何意见或疑问，请拨打 311。

歡迎來到 HRA。免費提供口譯服務。如有意見或疑慮，請致電 311。

مفت ترجمانی کی خدمات دستیاب ہیں۔ تبصرے یا خدشات کے لیے 311 پر کال کریں۔

Bienvenue à la HRA Un service d'interprétariat gratuit est à votre disposition.

Si vous avez des commentaires ou des préoccupations, veuillez appeler le 311.

Witamy w HRA Udostępniamy bezpłatne usługi tłumaczeniowe. W przypadku uwag lub wątpliwości prosimy o kontakt pod nr 311.

[www.nyc.gov/hra](http://www.nyc.gov/hra)



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Appointment With HRA Staff at Back to Work (B2W)

You have an appointment with HRA staff at the Back to Work (B2W) vendor to discuss:

- Medical Barrier/WeCARE
- Substance Abuse/Credentialed Alcohol and Substance Abuse Counselor (CASAC)
- Needed at Home Barrier
- Special Assessment
- Employment Plan
- GED
- Other: \_\_\_\_\_

**OBSELETE**

**Please bring any required documents with you.** Your appointment is scheduled for:

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Travel Directions:

**This is a mandatory appointment.** If you have an emergency or need to reschedule this appointment, please call the telephone number listed above prior to your reporting time to arrange another appointment. Failure to keep this appointment or to cooperate with employment requirements may result in the reduction or loss of your Cash Assistance benefits.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Cita con el Personal de la HRA en de Vuelta al Trabajo (B2W)

Usted tiene una cita con el personal de la HRA en el contratista de de Vuelta al Trabajo Back (B2W) para tratar de:

- Barrera Médica de WeCARE
- Drogadicción/Consejero Acreditado para Alcoholismo y Drogadicción (CASAC)
- Barrera por ser Necesitado(a) en el Hogar
- Evaluación Especial
- Plan de Empleo
- GED
- Otro tema: \_\_\_\_\_

**OBSOLETE**

**Favor de traer consigo cualquier documento necesario.** Su cita está programada para:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

**Esta cita es obligatoria.** Si a usted se le presenta una emergencia o si necesita reprogramar esta cita, favor de llamar al número de teléfono más abajo, antes de la hora de presentarse para concertar otra cita. El incumplimiento de esta cita o la falta de cooperación con los requisitos de empleo puede resultar en la reducción o pérdida de sus beneficios de Asistencia en Efectivo.

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Mandatory Return Appointment to Back to Work (B2W) Vendor

You have been scheduled for a mandatory return appointment at the program location listed below. If you are unable to keep this appointment because of a documented emergency, please call the telephone number below.

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Travel Directions:

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

**I understand that this is a mandatory appointment.** Failure, without good cause, to keep this appointment, comply with required follow-up interviews with staff as directed, or to provide documentation or other verification that has been requested in order to meet employment requirements may result in the denial, reduction or discontinuance of Cash Assistance and/or Supplemental Nutritional Assistance Program (SNAP) benefits.

Applicant/Participant Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Worker Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Cita Obligatoria de Vuelta al Contratista de Vuelta al Trabajo (B2W)

Usted ha sido programado(a) para una cita de vuelta en el programa ubicado según se indica más abajo. Si usted no puede cumplir esta cita por una emergencia documentada, favor de llamar al número de teléfono más abajo.

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

**Favor de traer lo siguiente, a la hora de su cita:**

**Entiendo que esta cita es obligatoria.** El incumplimiento de esta cita, sin motivo justificado, el incumplimiento de las entrevistas necesarias de seguimiento con el personal tal como indicado, o el no proporcionar documentación u otra verificación solicitada para cumplir los requisitos de empleo puede resultar en el rechazo, la reducción o discontinuación de beneficios de Asistencia en Efecto y/o del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Firma del Solicitante/Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Trabajador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Date: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

Center: \_\_\_\_\_

Action Code: \_\_\_\_\_

### Appointment With Back to Work (B2W) Representative

Your case has been accepted while you were participating in the Back to Work (B2W) program. You must now report to the B2W representative to discuss your Employment Plan and to complete your assignment.

**Please bring any required documents with you.** Your appointment is scheduled for:

**OBsolete**

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Travel Directions:

**This is a mandatory appointment.** If you have an emergency or need to reschedule this appointment, please call the telephone number listed above prior to your reporting time. If you have a physical, mental health, or learning problem that makes it difficult for you to travel to the appointment, you can also call the number above for further assistance. Failure to keep this appointment or to cooperate with employment requirements may result in the reduction or loss of your Cash Assistance benefits.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_

### Cita con el Representante de Vuelta al Trabajo (B2W)

Su caso fue aceptado mientras usted participaba en el programa de Vuelta al Trabajo (B2W). Usted ahora tiene que reunirse con el representante de B2W para tratar el tema de su Plan de Empleo y completar su asignación.

**Favor de traer consigo cualquier documento necesario.** Su cita está programada para:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

**Esta cita es obligatoria.** Si a usted se le presenta una emergencia o si necesita reprogramar esta cita, favor de llamar al número de teléfono más arriba, antes de la hora de su cita. Si usted tiene un problema físico, mental, o de aprendizaje que le dificulte trasladarse a la cita, también puede llamar al número más arriba para más ayuda. El incumplimiento de esta cita o la falta de cooperación con los requisitos de empleo puede resultar en la reducción o pérdida de sus beneficios de Asistencia en Efectivo.

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_

### Change in Back to Work (B2W) Site

\_\_\_\_\_ will stop providing Back to Work (B2W) Services for HRA clients.

You will receive another letter informing you of your new B2W site. This letter will also provide you with a new appointment date to continue your B2W assignment. Your new B2W site will continue to offer job placement, literacy services and retention services for you to use as a resource to assist you in gaining employment. HRA is very committed to working with the new B2W site in supporting your efforts to attain self-sufficiency.

**OBSCLETE**

**What this means for your current assignment:**

State law requires that you participate in continuous job search and other work-related activities as a condition of eligibility for cash assistance; therefore you must **continue with** \_\_\_\_\_ **until** \_\_\_\_\_.

**Please note that any other activity you may be assigned to remains unchanged and you must continue to report to that assignment.**

**What this means for your new assignment:**

As a result of a change in sites, we will schedule a new appointment for you. You will be sent an appointment that will have the vendor's name and address. You must report to this newly assigned B2W site at the date and time indicated on the appointment notice. Please remember that you are not allowed to bring any children with you when you report to the B2W site.

If you have any questions related to this notice, please call: \_\_\_\_\_.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Tipo del Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

### Cambio del Local de Vuelta al Trabajo (B2W)

\_\_\_\_\_ dejará de brindar servicios de Vuelta al Trabajo (B2W) para los clientes de la HRA.

Usted recibirá otra carta informándole de su nuevo local de B2W. Esa carta también le proporcionará una nueva fecha de cita para continuar en su asignación de B2W. Su nuevo local de B2W seguirá ofreciendo colocación de trabajo, servicios de alfabetización y de retención como recursos para asistirle a obtener un trabajo. La HRA se compromete sinceramente a trabajar con el nuevo local de B2W para apoyar los esfuerzos suyos de lograr la autosuficiencia.

**OBSOLETE**

#### ¿Qué significa esto para su asignación actual?:

La ley estatal estipula que usted participe en búsqueda de trabajo continua y otras actividades relacionadas con el trabajo, como condición de su elegibilidad para Asistencia en Efectivo. Por lo tanto, usted debe **continuar con** \_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_.

**Favor de notar que cualquier otra actividad a la cual se le puede asignar sigue sin cambios y que usted debe seguir presentándose a esa asignación.**

#### ¿Qué significa esto para su nueva asignación?:

Como resultado de un cambio del local, le programaremos una nueva cita a usted. Se le enviará una cita que indicará el nombre y la dirección del contratista. Usted debe presentarse a este recién asignado local de B2W en la fecha y hora indicadas en el aviso de cita. Favor de tener en cuenta que no se permite traer a niños consigo a la cita cuando usted se presente al local de B2W.

Ante cualquier pregunta sobre este aviso, favor de llamar al: \_\_\_\_\_.

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_

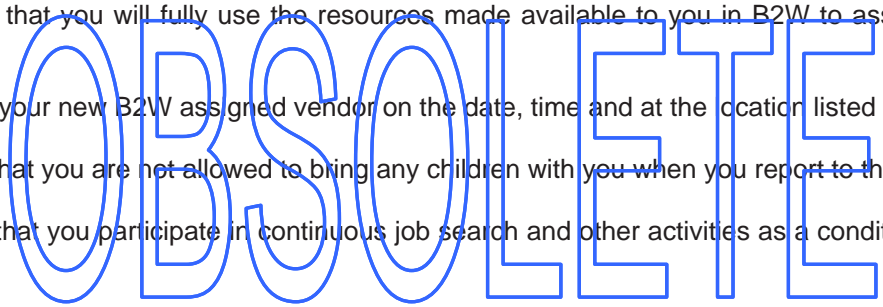
### Referral to a New Back to Work (B2W) Vendor

You are being referred to a new Back to Work (B2W) vendor. This B2W vendor provides over a dozen different services for you to find and keep a job. B2W providers offer job placement, literacy services, and retention services. We hope that you will fully use the resources made available to you in B2W to assist you in gaining employment.

You must report to your new B2W assigned vendor on the date, time and at the location listed below.

Please remember that you are not allowed to bring any children with you when you report to the B2W vendor.

State law requires that you participate in continuous job search and other activities as a condition of eligibility for Cash Assistance.



**This is a mandatory appointment.** If you do not keep your appointment or do not participate as required, your application for Cash Assistance and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits may be denied. If you are a recipient of Cash Assistance or SNAP benefits, your Cash Assistance and SNAP benefits may be reduced or your case may be closed. Failure to comply with Cash Assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid.

If you have a physical, mental health, or learning problem that make it difficult for you to keep this appointment please call \_\_\_\_\_.

If you have an emergency or need to reschedule this appointment, please call the telephone number listed below prior to your reporting time to arrange another appointment.

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Vendor Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Travel Directions:

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Tipo del Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

### Envío a Nuevo Contratista de Vuelta al Trabajo (B2W)

A usted se le envía a un nuevo contratista de Vuelta al Trabajo (B2W). Este contratista de B2W brinda más de una docena de distintos servicios para que usted pueda encontrar y mantener un trabajo. Los proveedores de B2W ofrecen colocación de trabajo, servicios de alfabetización, y servicios de retención. Esperamos que usted aprovechará plenamente los servicios que a su disposición en B2W para ayudarlo a obtener trabajo.

Usted debe presentarse a su nuevo contratista asignado de B2W en la fecha, hora y en el local listados a continuación.

Favor de tener presente que no se permite traer a niños consigo a la cita con el contratista de B2W.

La ley estatal estipula que usted participe en una búsqueda de trabajo continua y otras actividades, como condición de elegibilidad para Asistencia en Efectivo.

**OBSOLETE**

**Ésta es una cita de participación obligatoria.** Si usted no cumple su cita o no participa tal como estipulado, se le puede denegar su solicitud de Asistencia en Efectivo y/o beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). Si usted es beneficiario de Asistencia en Efectivo o de SNAP, se pueden reducir sus beneficios de Asistencia en Efectivo o de SNAP, o se le puede cerrar el caso. El incumplimiento de los requisitos de trabajo de Asistencia en Efectivo no tiene consecuencia alguna para su elegibilidad de Medicaid. No hay requisitos de trabajo para Medicaid.

Si usted tiene un problema físico, de salud mental o de aprendizaje que le dificulte cumplir esta cita, favor de llamar al \_\_\_\_\_.

Si usted tiene una emergencia o necesita reprogramar esta cita, favor de llamar al número telefónico listado a continuación, antes de la hora de presentarse para fijar otra cita.

Fecha de la cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Contratista: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indicaciones de viaje:

## Justification for DTS Request for Supplemental MetroCard Reimbursements

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

B2W Participant's Information:		
Last Name:	First Name:	Case #:
Ind. Status: (AC, AP, Sanctioned)	EBT Start Date per DTS:	Client Phone #:
B2W Timekeeper's Information:		
Vendor Name:	Site Name & Address:	Site Code:
Timekeeper's Name:	E-mail:	Phone:
Supplemental MetroCard Reimbursement Details:		
Number of MetroCards Requested:	Total Amount Requested:	
Daily: _____ Weekly: _____	(\$5.50 X Daily + \$31.00 X Weekly) _____	
Weekly cycle, during which the client needs this MetroCard Supplement:		
<b>Issuance Reason:</b> <input type="checkbox"/> MetroCard was not picked up on Friday, preceding weekly cycle stated above. <input type="checkbox"/> Client was removed from WEP assignment and did not receive a paper check. <input type="checkbox"/> Client claims an EBT problem that requires additional time for verification. <input type="checkbox"/> Other (must provide justification below).		
If you checked "Other" above, you must provide a brief but detailed justification or explanation. If necessary, indicate the date(s), for which this supplemental MetroCard reimbursement is requested:		
Participant's Signature:		Date:
B2W Timekeeper's Signature:		Date:



## Justificación de Petición de DTS para Reembolsos Suplementarios de MetroCard

**¡Todas las casillas DEBEN llenarse! ¡No se aceptarán formularios incompletos!**

Información del Participante de B2W:		
Apellido:	Nombre:	Núm. del Caso:
Indique el Estado.: (AC, AP, Sanción)	Fecha de Comienzo de EBT según DTS:	Núm. de Teléfono del Cliente:
Información de la Persona Quien Registra el Horario de B2W:		
Nombre del Contratista:	Nombre y Dirección del Local:	Código del Local:
Nombre de la Persona quien Registra el Horario:	Correo Electrónico:	Teléfono:
Datos de Reembolso Suplementario de Tarjeta MetroCard:		
Número de las tarjetas MetroCard Solicitadas: Diarias: _____ Semanales: _____	Cantidad Total Solicitada: (\$5.50 X Al Día + \$31.00 X A La Semana) _____	
Ciclo Semanal, por el cual el cliente necesita este Suplemento de MetroCard:		
<b>Motivo por la Expedición:</b> <input type="checkbox"/> La MetroCard no se recogió el viernes, previamente al ciclo semanal indicado más arriba. <input type="checkbox"/> Al cliente se le ha retirado de la asignación de WEP y no ha recibido un cheque en papel. <input type="checkbox"/> El cliente reclama un problema de EBT que requiere tiempo adicional para verificarse. <input type="checkbox"/> Otro motivo (Se debe proporcionar justificación más abajo.)		
Si usted marcó "Otro motivo" más arriba, debe proporcionar justificación breve pero en detalle, o si no una explicación. En caso necesario, indique la(s) fecha(s) por las cuales se solicita este reembolso suplementario de tarjeta MetroCard:		
Firma del Participante:	Fecha:	
Firma de la Persona quien Registra el Horario de B2W:	Fecha:	

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_

### B2W Partnership Opportunity Referral Letter

Back to Work (B2W) vendors and their educational service partners provide services to help applicants/participants find and keep jobs. Based upon the completion of your educational testing and Employability Plan, you have been assigned to the Partnership Opportunity Program.

The B2W Partnership Opportunity program is designed to prepare you for work by giving you the opportunity to gain education training skills. You will receive carfare and childcare as long as you are fully participating in the program. Your appointment is indicated below.

**This is a mandatory appointment.** If you do not keep your appointment or do not participate as required, your application for Cash Assistance (CA) and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits may be denied. If you currently receive CA or SNAP benefits, those benefits may be reduced or your case may be closed. Failure to comply with CA work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid. If you have an emergency or need to reschedule this appointment, please call the telephone number listed below prior to your reporting time to arrange another appointment.

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Travel Directions:

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Tipo del Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

### Carta de Envío de Oportunidad de Asociación de B2W

Los contratistas de Vuelta al Trabajo (B2W) y sus socios de servicio educacional brindan servicios para ayudar a los solicitantes participantes a conseguir y conservar trabajos. A raíz de la finalización de sus exámenes de educación y de su Plan de Empleabilidad, a usted se le ha asignado al Programa de Oportunidad de Asociación.

El Programa de Oportunidad de Asociación de B2W se ha creado para habilitarle para trabajar al brindarle la oportunidad de desarrollar aptitudes académicas. Usted recibirá dinero para transporte y cuidado infantil, siempre que participe plenamente en el programa. Su cita se indica más abajo.

**Esta cita es obligatoria.** Si usted no cumple su cita o no participa como estipulado, su solicitud de beneficios de Asistencia en Efectivo (CA) y/o del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) se puede denegar. Si usted actualmente recibe beneficios de CA o de SNAP, dichos beneficios pueden ser reducidos o su caso puede ser cerrado. El incumplimiento de los requisitos de trabajo de CA no afecta su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid. En caso de que se le presente una emergencia o si necesita reprogramar esta cita, favor de llamar al números más abajo, antes de su hora de presentarse para concertar su otra cita.

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

Date: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Participant Name: \_\_\_\_\_

### Important Notice

The Human Resources Administration recently sent you a notice titled "Offer of Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD)" to come in for an appointment with an employment vendor. The appointments were scheduled for Monday, December 30, 2013 or Tuesday, December 31, 2013.

The notice was sent to you in error. **Please disregard the notice.**

The appointment that was scheduled for you has been cancelled.

You **DO NOT** have to appear for that appointment and no action is being taken as a result of the notice.

We apologize for any inconvenience this may have caused you.

If you have any questions, please call **(718) 557-1399**.

Fecha: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

### **Aviso Importante**

La Administración de Recursos Humanos recientemente le ha enviado a usted un aviso titulado "Oferta de Actividad de Trabajo a un Adulto Sano sin Dependientes (ABAWD)" para presentarse a una cita con un contratista de trabajo. Las citas fueron programadas para el lunes 30 de diciembre del 2013 o el martes 31 de diciembre del 2013.

El aviso le fue enviado a usted por error. **Favor de hacer caso omiso del aviso.**

La cita programada para usted ha sido cancelada.

Usted **NO** tiene que presentarse a esa cita y no se tomará ninguna medida como resultado del aviso.

Nos disculpamos por cualquier inconveniencia que le hayamos causado a usted.

Ante cualquier pregunta, favor de llamar al **(718) 557-1399**.

Date: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Participant Name: \_\_\_\_\_

### Important Notice to Participant/Tenant

New York State recently instituted a system change which added a "3" before the traditional seven (7) digit cash assistance case number. Due to a glitch in the computer system that prints checks, the "3" is not displaying on some checks which are being sent to New York City landlords. This has created some confusion for landlords who use the case number rather than a tenant's name to reconcile check payments. If you or your landlord place a "3" before the number on the check, you should be able to reconcile the check number with your case number.

**OBSOLETE**

**Please note the check is valid and does not have to be replaced.**

If you have any questions or if your landlord has contacted you regarding the case number on a rent check, please call **(718) 557-1399**.

Fecha: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

### **Aviso Importante al Participante/Inquilino**

El Estado de Nueva York recientemente instituyó un cambio del sistema, por el cual agregó un "3" antes del número tradicional de 7 cifras del caso de Asistencia en Efectivo. A raíz de un fallo técnico en el sistema informático que imprime los cheques, el "3" no aparece en algunos cheques, que se envían a los caseros de la Ciudad de Nueva York. Esto ha generado cierta confusión para los caseros que usan el número del caso en vez del nombre del inquilino para cerciorarse de que los pagos por cheque estén en regla. Si usted o su casero ponen un "3" antes del número del caso, éste debe de ser el número correcto del caso.

**Favor de notar que el cheque es válido y no se tiene que reemplazar.**

Ante cualquier pregunta o si su casero se ha comunicado con usted sobre el número del caso en un cheque de alquiler, favor de llamar al **(718) 557-1399**.



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_

**Your Mail-in Recertification/Eligibility Questionnaire (Form M-327h)  
is Due February 15, 2016**

**OBSELETE**

On January 20, 2016, we sent you a Mail-in Recertification/Eligibility Questionnaire (**Form M-327h**). The due date on the questionnaire was January 31, 2016. That due date is wrong. The actual due date for the questionnaire is February 15, 2016. If we do not receive the questionnaire by February 15, 2016, we may initiate a case closing.

If you have any questions or need more information, please call the HRA Infoline at (718) 557-1399.





Fecha: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

**El Cuestionario de Recertificación/Elegibilidad Por Correo  
(Formulario M-327h [S]) Debe Entregarse para el 15 de febrero del 2016**

El 20 de enero del 2016, nosotros le enviamos a usted el Cuestionario de Recertificación/Elegibilidad Por Correo (**Formulario M-327h [S]**). La fecha de entrega indicada en el cuestionario fue para el 31 de enero del 2016. Esa fecha de entrega está equivocada. La fecha de entrega correcta del cuestionario es el 15 de febrero del 2016. Si nosotros no recibimos el cuestionario para el 15 de febrero del 2016, puede que iniciemos el cierre de su caso.

Si usted tiene alguna pregunta o si necesita más información, por favor llame a la línea informativa (Infoline) de la HRA al (718) 557-1399.



Date: \_\_\_\_\_  
 Case Name: \_\_\_\_\_  
 Case Number: \_\_\_\_\_  
 Job Center: \_\_\_\_\_  
 Caseload: \_\_\_\_\_

## INDEPENDENT JOB SEARCH PROGRAM FORM

Dear \_\_\_\_\_,

Congratulations! You have been selected to participate in the Human Resources Administration's (HRA) Independent Job Search Pilot program, which allows you to search for a job independently for up to six (6) weeks.

While participating in this pilot program, you will be responsible for up to 35 hours of job search activities weekly. Examples of job search activities include:

- Looking for suitable job openings.
- Making contact with potential employers.
- Applying for jobs.
- Preparing for job interviews.
- Interviewing for jobs.
- Traveling between job interviews.
- Engaging in an on-site background check.
- Engaging in an assessment to determine suitability for a particular job.
- Training in resumé preparation, interviewing skills, effective job seeking, and life skills.
- Training or education for the advancement of job skills required by an employer or to improve employability, support job entry and/or adapt to the changing demands of the workplace.
- Activities that improve an individual's employability, such as substance abuse treatment, mental health treatment, or rehabilitation.

You are also allowed excused inactivity as well as undocumented sick time.

By participating in this program, you will be in compliance with the employment activity requirement for Cash Assistance (CA) eligibility.

You do not need to report to this site every day, but you must report once per week and meet with a Vendor Representative to submit your timesheet, discuss your job search activities, and receive carfare. You will also have access to all of our services including clothing vouchers, resumé assistance, job leads, etc.

You have access to other HRA employment services as well, such as Job Fairs and Business Link assistance.

As soon as you find employment, please report it to this site to ensure that you receive all transitional benefits for which you are eligible including 90 days of carfare.

Failure to submit your weekly timesheet to the Vendor Representative may make you ineligible for CA and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP).

Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DEL PROGRAMA DE BÚSQUEDA INDEPENDIENTE DE TRABAJO

Estimado(a) \_\_\_\_\_,

¡Felicitaciones! A usted se le ha seleccionado para participar en el Programa Piloto de Búsqueda Independiente de Trabajo de la Administración de Recursos Humanos (HRA), el cual le permite buscar empleo por cuenta propia por hasta seis (6) semanas.

Mientras participa en este programa piloto, usted será responsable por hasta 35 horas semanales de actividades de búsqueda de trabajo. Vea a continuación algunos ejemplos de actividades de búsqueda de trabajo:

- búsqueda de vacantes de empleo apropiadas
- contacto con posibles empleadores
- presentación de solicitudes de trabajo
- preparación para entrevistas de trabajo
- entrevistas de trabajo
- transporte a las entrevistas de trabajo
- participación en verificación de antecedentes en el local de trabajo
- participación en evaluación para determinar adecuación para un determinado trabajo
- capacitación en elaboración de curriculum vitae, aptitudes para entrevistas, búsqueda eficiente de trabajo, y aptitudes básicas.
- capacitación o educación para el desarrollo de aptitudes laborales cotizadas por empleadores o útiles para aumentar la empleabilidad, facilitar el acceso a trabajo y/o a adaptarse a los cambios en las exigencias del mercado laboral.
- actividades que mejoren la empleabilidad de una persona, como tratamiento o rehabilitación para drogadicción o problemas psiquiátricos.

A usted se le permite además inactividad excusada, así como ausencia del trabajo debido a enfermedad no documentada.

Al participar en este programa, usted cumplirá el requisito de actividad de empleo para la elegibilidad de Asistencia en Efectivo (CA).

Usted no tiene que presentarse a este local a diario, sólo una vez a la semana para reunirse con un Representante del Contratista para entregar su hoja de servicio, tratar de sus actividades de búsqueda de trabajo, y recibir una asignación monetaria para transporte. Usted también tendrá acceso a todos nuestros servicios, incluidos los cupones para ropa, la asistencia para elaborar su curriculum vitae, información sobre vacantes laborales, etc.

Además, usted tiene acceso a otros servicios de empleo de la HRA, como Ferias de Empleo y asistencia de Business Link (Enlace Comercial).

Tan pronto usted obtenga empleo, favor de informar a este local de ello para asegurarse de recibir todos los beneficios de transición para los cuales usted es elegible, incluidos los 90 días de asignación monetaria de transporte.

No entregar como debido la hoja de servicio semanal al Representante de Contratista puede resultar en la pérdida de su elegibilidad para CA y/o para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

### B2W INDEPENDENT JOB SEARCH TIME SHEET

Time Sheet Period: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

**Instructions:** Please enter the time spent (in hours) on each activity under the day of the week that the activity was done. Not all activities need to be performed every day of the week, but each day must have at least 5 hours of activity. The total number of hours must equal your required hours of engagement as indicated on the Notice of Assigned Engagement Hours for Cash Assistance (Form **FIA-1086k**).

Activity	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Total
Job Search *						
Job Skills Training *						
Job Interview *						
Training						
HRA Mandated Activity/Appointment						
Part-Time Employed						
Full-Time Employed						
Substance Abuse Treatment						
Undocumented Sick Leave						
Excused Absence (Documented)						
Excused Absence (No Documentation)						
<b>Total Hours</b>						

I attest that the information entered is true.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Note:** Return to B2W Vendor during weekly check-in to receive weekly carfare.

\* See reverse side for explanation of the activities.

## B2W INDEPENDENT JOB SEARCH TIME SHEET

### Explanation of Activity:

- Job Search activity consists of time used to do the following:
  - Looking for suitable job openings.
  - Making contact with potential employers.
  - Applying for jobs.
  - Preparing for interviews.
- Job Skills Training activity consists of time used to do the following:
  - Training in resume preparation, interviewing skills, effective job seeking, and life skills.
  - Training or education in job skills required by an employer or to improve employability, support job entry and/or to advance or adapt to the changing demands of the workplace.
- Job Interview activity consists of time used to do the following:
  - Traveling between job interviews.
  - Engaging in an on-site background check.
  - Engaging in assessment to determine suitability for a particular job.

OBSOLETE

## HOJA DE SERVICIO DE B2W PARA LA BÚSQUEDA INDEPENDIENTE DE TRABAJO

**Período de la Hoja de Servicio:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Número del Caso:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Por favor ingrese la cantidad de tiempo pasada (en horas) en cada actividad bajo el día de la semana correspondiente. No es necesario que se realicen todas las actividades cada día de la semana, pero cada día debe constar de por lo menos 5 horas de actividad. El número total de horas debe ser equivalente al número de horas obligatorias de participación, tal como se indica en el Aviso de Horas Asignadas de Participación para Asistencia en Efectivo (Formulario FIA-1086k [S]).

Actividad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Total
Búsqueda de trabajo *						
Capacitación para aptitudes laborales *						
Entrevista de trabajo *						
Capacitación						
Actividad/cita obligada por la HRA						
Empleado(a) a tiempo parcial						
Empleado(a) a tiempo completo						
Tratamiento para drogadicción						
Ausencia no documentada por enfermedad						
Ausencia justificada (con documentación)						
Ausencia justificada (sin documentación)						
<b>Total de Horas</b>						

Doy fe de que la información ingresada es exacta.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Aviso:** Regrese al Contratista de B2W durante la consulta semanal para recibir la concesión de transporte semanal.

\* Vea al dorso para explicación de las actividades.

## HOJA DE SERVICIO DE B2W PARA BÚSQUEDA INDEPENDIENTE DE TRABAJO

### Explicación de la Actividad:

- La actividad de búsqueda de trabajo conlleva el tiempo usado para realizar lo siguiente:
  - Búsqueda de ofertas de empleo apropiadas
  - Comunicación con empleadores posibles
  - Solicitud de trabajos
  - Preparación para entrevistas
- La actividad para capacitación de aptitudes de trabajo conlleva el tiempo usado para realizar lo siguiente:
  - Capacitación para elaborar un currículum, aptitudes para dar entrevistas, búsqueda eficaz de trabajo, y aptitudes básicas generales.
  - Capacitación o formación en las aptitudes de trabajo cotizadas por empleadores, o para mejorar la empleabilidad, apoyar la entrada en el trabajo y/o para ascensión o adaptación a los nuevos retos del sitio de trabajo.
- La actividad de entrevista de trabajo conlleva el tiempo usado para realizar lo siguiente:
  - Traslado entre las entrevistas de trabajo.
  - Participación en una revisión de antecedentes en el sitio de trabajo.
  - Participación en evaluación para determinar la adecuación para un trabajo específico.

OBSOLETE

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_

### Job Skills Training Program Letter

Congratulations! You have been selected to participate in the Human Resources Administration's (HRA) Job Skills Training (JST) Program. You will be placed in a 20 week program that will provide you with an opportunity to build on your current administrative skills.

Enclosed is a Referral to the JST Program. Through vocational training, on the job experience, and job search provided by Business Link, the program will enable you to become a more marketable employee.

To learn more about this program, please report for orientation on the date, time and at the location indicated on the enclosed notice.

If you have a resumé, please bring it with you.

If you are currently in a Back to Work (B2W) or Work Experience Program (WEP) activity, give a copy of this letter and the enclosed notice to your supervisor.



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Tipo del Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

### Carta del Programa de Capacitación de Aptitudes Laborales

¡Felicitaciones! A usted se le ha seleccionado para participar en el programa de Capacitación de Aptitudes Laborales (JST) de la Administración de Recursos Humanos (HRA). Se le colocará en un programa de 20 semanas que le brindará la oportunidad de desarrollar sus aptitudes administrativas actuales.

En adjunto se encuentra un envío al programa de JST. Por medio de la capacitación profesional, experiencia en el trabajo y búsqueda de trabajo provista por el Enlace Comercial, el programa posibilitará que usted llegue a ser un empleado más cotizado.

Para más información sobre este programa, por favor preséntese a la orientación en la fecha, hora y local indicados en el aviso adjunto.

De tenerlo, por favor traiga su curriculum consigo.

Si usted participa actualmente en una actividad de Vuelta al Trabajo (B2W) o del Programa de Experiencia Laboral (WEP), presente una copia de esta carta y del aviso en adjunto a su supervisor(a).

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_

### Referral to Job Skills Training (JST) Program Letter

The Human Resources Administration's Job Skills Training (JST) Program coordinates services to help Cash Assistance (CA) participants acquire administrative skills through on the job training. Based upon your employability assessment and employment plan at your current activity, you are being referred to the JST Program described below.

The Job Skills Training (JST) program is a **35** hour per week program. During the program you will work for 20 weeks. Each week will consist of three (3) days of on the job experience as an Office Aide and two (2) days of vocational training/ workshops. Your hours will be from 9am to 5pm.

You will receive carfare and child care (if applicable) as long as you are fully participating in the program.

If you have children, it is very important that you continue the child care arrangements that are already in place. However, if there is a problem with your child care, you must immediately contact your Job Center. Follow the instructions provided to you regarding an appointment to return forms and documentation to ensure child care is in place. In order to avoid delays or disruption in the program, all child care arrangements should be completed at least one week prior to your orientation date.

Your orientation is scheduled for:

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Location Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Travel Directions:

**You must continue with you current assignment up until the date of your orientation.**

Your participation in this program is mandatory unless you receive another assignment, you become employed, or HRA determines 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.
- HRA has determined you are needed at home to take care of a member of your household who is ill or incapacitated.

In order to receive your benefits, you must work the assigned number of hours at your work site, unless you have good cause not to work. If you fail to work the assigned hours without good cause, your benefits will be reduced or terminated.

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 problem, 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 problem?**

If you disagree with the determination 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 problem:**

If you have already been determined as work limited by an HRA-authorized medical practitioner, you have informed your work site supervisor of your limitations, and the agency has, to the best of its ability, made accommodations for your limitations, you may still contest the JST assignment as medically inappropriate. The proper way to contest a JST 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 appropriate with the person who gives you the assignment, your supervisor at the assignment, or the JST coordinator.
2. If you have not resolved the issue at your work site, you can also make an appointment to discuss your issues at a conference at HRA's Participants' Service Unit at **109 East 16th Street, Room 920A, New York, NY**. Call **(212) 835-8457**.
3. If you are not able to resolve your issues 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?**

Discuss any problem related to your medical condition with your work site supervisor and provide written documentation on your doctor's stationery that includes the doctor's name, the date, your diagnosis and prognosis, and states what work activities your condition prevents you from doing and why. The documentation must be an original, not a photocopy, and must be current.

The agency may change your assignment to another based on the medical condition described on the documentation you provide or the agency may refer you for a medical assessment.

You may refuse to work at an assignment on the basis that it is inconsistent with your medical condition. However, if it is determined at a Fair Hearing that there is no basis for your claim that you are unable to engage in the assigned work activities and that you intentionally misrepresented your medical condition, your benefits will be reduced as a sanction.

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 the agency is 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 be documented), 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 such as, but not limited to, illness, family emergency, jury duty, appointments at an HRA office, school closings, lack of child care or child care payment problems, 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 notify your supervisor by telephone as soon as you know that you are going to be absent or late. Give notice before your scheduled starting time. If you do not do so, you may lose benefits. When you return to your work site, you must bring any documentation that you can reasonably obtain to show why you were absent or late.

**What happens when you are absent or late without good cause, fail to notify your supervisor that you will be absent or late, or fail to provide documentation?**

If you are absent or late without good cause, you will receive a notice of failure to comply with your work assignment. You may also receive a notice for failing to notify your supervisor or failing to provide documentation. You will have the right to request a 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 of failure to comply with your work 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.

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

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (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 the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:

**Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201**

**(3) FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
**(518) 473-6735**.

**(4) IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

**(5) ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/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, either 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.



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Tipo del Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

### Carta de Envío al Programa de Capacitación de Aptitudes Laborales (JST)

El Programa de Capacitación de Aptitudes Laborales (JST) de la Administración de Recursos Humanos coordina servicios para ayudar a los participantes de Asistencia en Efectivo (CA) a adquirir aptitudes administrativas mediante capacitación en el local de trabajo. Según su evaluación de empleabilidad y plan de empleo en su actividad actual, a usted se le envía al Programa de JST reseñado más abajo.

El Programa de Capacitación de Aptitudes Laborales (JST) es un programa de 35 horas semanales. Durante el programa usted trabajará por 20 semanas. Cada semana constará de tres (3) días de experiencia en el trabajo de Ayudante de Oficina y dos (2) días en capacitación profesional/talleres. Su horario será de 9am a 5pm.

Usted recibirá dinero para transporte y para cuidado infantil (si le corresponden), siempre que esté participando plenamente en el programa.

Si usted tiene niños, es muy importante que continúe los arreglos de cuidado infantil que tenga concertados. Sin embargo, si se presenta algún problema con su cuidado infantil, usted debe comunicarse con su Centro de Trabajo inmediatamente. Siga las instrucciones que se le impartan sobre su cita para devolver formularios y documentos para asegurar que el cuidado infantil esté organizado. A fin de evitar demoras o interrupciones en el programa, todos los arreglos de cuidado infantil deben concertarse por lo menos una semana antes de su fecha de orientación.

Su orientación se ha programado para el:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Local: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

**Usted debe continuar con su actual asignación hasta la fecha de su orientación.**



Su participación en este programa es obligatoria a menos que usted reciba otra asignación, obtenga empleo, o la HRA le determine inapto(a) para trabajar o exento(a) por otro motivo como:

- Haya cumplido los 60 años de edad.
- Esté en los últimos 30 días de embarazo.
- Sea padre/madre soltero(a) quien cuida a un niño menor de trece (13) semanas de edad.
- La HRA determine que usted es necesitado en casa para cuidar a un miembro del hogar enfermo o discapacitado.

Para poder recibir sus beneficios, usted debe trabajar el número de horas asignadas en su local de trabajo, a menos que tenga motivo justificado para no trabajar. Si usted no cumple este número de horas asignadas sin motivo justificado, sus beneficios serán reducidos o terminados.

Este aviso le informa de qué pasos debe tomar en caso de que usted estime que no debe trabajar o que debe recibir una asignación distinta, en razón de un problema médico, o en caso de que no pueda presentarse al trabajo por otro motivo.

### **¿Qué tal si usted cree que no se le debe exigir que trabaje en razón de un problema médico?**

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

### **Qué debe hacer usted si cree que se le debe asignar un trabajo distinto en razón de un problema médico:**

Si a usted ya se le ha determinado como trabajador limitado por un facultativo médico autorizado por la HRA, ha informado a su supervisor de local de trabajo de su estado limitado y la agencia ha concertado arreglos para sus límites, cuanto mejor pueda, usted aún puede oponerse a la asignación de JST como médicamente inapropiada. El modo correcto de oponerse a una asignación de JST es el siguiente:

1. Preséntese a su agencia asignada y averigüe los datos de su asignación. Usted puede tratar de cualquier duda que tenga sobre lo adecuado de la asignación con la persona que se la asigne, con el supervisor en la asignación o con el coordinador de JST.
2. Si usted no ha resuelto el problema en su local de trabajo, también puede programar una cita para tratar del problema en una conferencia en la Unidad de Servicios al Participante de la HRA en **109 East 16th Street, sala 920A, New York, NY. Llame al (212) 835-8457.**
3. Si usted no logra resolver su problema en la Unidad de Servicios al Participante, puede solicitar una Audiencia Imparcial. (Para más información, favor de consultar la sección de Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales de este aviso.)

### **¿Qué tal si su afección médica cambia de manera que sus aptitudes de trabajo resulten afectadas?**

Trate de cualquier problema relacionado con su afección médica con el supervisor de su local de trabajo y proporcione documentación por escrito con el membrete de su médico, la fecha, el diagnóstico y pronóstico, que indique cuáles son las actividades de trabajo que su afección médica le impida desempeñar y la razón por el impedimento. Los documentos deben ser los originales actuales, en vez de fotocopias.

La agencia puede cambiar su asignación por otra, según la afección médica reseñada en la documentación presentada por usted, o si no la agencia le puede derivar a una evaluación médica.

Usted puede rehusar trabajar en una asignación en razón de que no convenga con su afección médica. Sin embargo, si se determina en una Audiencia Imparcial que no existe fundamento para su reclamo de inaptitud para las actividades de trabajo asignadas y que usted falseó intencionadamente su afección médica, se reducirán sus beneficios como sanción.

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 dicho aviso a raíz de un cambio en su afección médica del cual la agencia no esté al tanto.



**¿Cuándo puede estar ausente de su asignación?**

Usted no tiene que presentarse a su asignación en los días feriados celebrados por su agencia asignada, en sus días de observancia religiosa (a documentarse), o cuando cuente con "motivo justificado."

**¿En qué consiste "motivo justificado" por faltar al trabajo?**

El "motivo justificado" incluye circunstancias ajenas a su voluntad, como por ejemplo, enfermedad, emergencia familiar, deber de jurado, citas en las oficinas de la HRA, cierre de escuela, falta de cuidado infantil o problemas con los pagos del mismo, o falta de transporte. "Motivo justificado" también incluye entrevistas de trabajo y empleo temporario o a tiempo parcial.

**¿Qué debe hacer usted si va a llegar tarde o faltar al trabajo?**

Usted debe notificar por teléfono a su supervisor tan pronto sepa que va a llegar tarde o faltar. Comuníquese con su supervisor antes de la hora programada de comienzo de su trabajo. De no hacerlo, usted puede perder beneficios. Al regresar a su local de trabajo, usted debe traer cualquier documentación obtenible de manera razonable que indique la razón por su ausencia o tardía.

**¿Cuáles son las consecuencias de llegar tarde o faltar al trabajo sin motivo justificado, no comunicarse con su supervisor por la ausencia o tardía, o no presentar documentación?**

Si usted llega tarde o falta al trabajo sin motivo justificado, recibirá un aviso de incumplimiento de su asignación de trabajo. Usted también puede recibir un aviso por no comunicarse con su supervisor o no presentar documentación. Usted tendrá el derecho de solicitar una conciliación, conferencia y/o Audiencia Imparcial dentro del plazo indicado en el aviso.

**¿Qué tal si usted recibe un Aviso de la Intención de Discontinuar Beneficios?**

Si usted recibe un Aviso de la Intención de Discontinuar Beneficios por incumplimiento de su asignación de trabajo, usted tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Sus beneficios seguirán emitiéndose, en lo que la Audiencia Imparcial llegue a una decisión, a condición de que usted solicite la Audiencia Imparcial dentro del plazo indicado en el Aviso de la Intención.

**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.**

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para 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 escríbanos a la dirección en la **página 1** de este aviso. A veces éste resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. 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 que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

**(1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano 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 que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que 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 lo solicita específicamente.

**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**

**Continuación de su(s) Beneficio(s):** Si nuestra decisión afecta sus beneficios y usted solicita una Audiencia Imparcial dentro de diez (10) días a partir de la fecha de este aviso, nosotros restauraremos sus beneficios al nivel anterior a este aviso, hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida. Si usted solicita sólo una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, sus beneficios no se restaurarán al nivel de beneficios anterior a este aviso.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que devolver cualquier beneficio que haya recibido sin derecho a ello, mientras esperaba la emisión de la decisión. Si solicita una Audiencia Imparcial y no desea que sus beneficios se restauren mientras espera la decisión de la Audiencia Imparcial, usted debe informar al Estado al llamar para una Audiencia Imparcial, O marcar la casilla a continuación y devolver este aviso.

**No deseo que se restauren mis beneficios mientras espero que se emita la decisión de la 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:**

**OBSOLETE**

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: \_\_\_\_\_

**Job Skills Training Program Letter  
 for Current Work Experience Program (WEP) Participants**

Congratulations! You have been selected to participate in the Human Resources Administration's Job Skills Training (JST) Program. The JST Program is a 20 week program that will provide you with an opportunity to build on your current administrative skills. The JST Program will match your skills to an appropriate vocational training, on the job experience, and/or job search activity facilitated by Business Link.

To learn more about this program, please report for orientation on the date, time and at the location below. Please bring your current resumé with you if you have one.

Your orientation is scheduled for:

**OBSELETE**

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Location Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Travel Directions:

If you have any questions or are unable to keep this appointment, please call the telephone number above prior to your appointment date; if needed, leave a message to arrange for a new orientation date.

If you are currently in a Back to Work (B2W) or Work Experience Program (WEP) activity, give a copy of this letter to your supervisor.

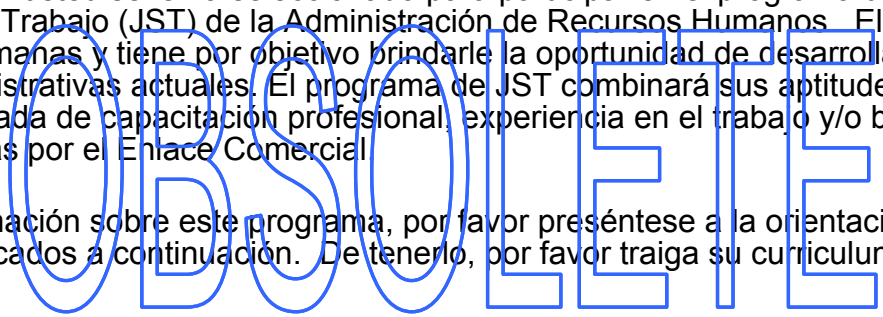
**You must continue with your current assignment up until the date of your orientation.**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Tipo de Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

**Carta del Programa de Capacitación de Aptitudes Laborales  
para Participantes Actuales del Programa de Experiencia Laboral (WEP)**

¡Felicitaciones! A usted se le ha seleccionado para participar en el programa de Capacitación de Aptitudes de Trabajo (JST) de la Administración de Recursos Humanos. El programa de JST dura 20 semanas y tiene por objetivo brindarle la oportunidad de desarrollar sus aptitudes administrativas actuales. El programa de JST combinará sus aptitudes con una actividad apropiada de capacitación profesional, experiencia en el trabajo y/o búsqueda de trabajo facilitadas por el Enlace Comercial.

Para más información sobre este programa, por favor preséntese a la orientación en la fecha, hora y local indicados a continuación. De tenerlo, por favor traiga su curriculum actual consigo.



Su orientación se ha programado para:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Local: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

Si usted tiene cualquier pregunta o no puede cumplir esta cita, por favor llame al número telefónico de arriba antes de la fecha de su cita. De ser necesario, deje un recado para arreglar una nueva fecha de orientación.

Si usted participa actualmente en una actividad de Vuelta al Trabajo (B2W) o del Programa de Experiencia Laboral (WEP), presente una copia de esta carta a su supervisor(a).

**Usted debe continuar con su actual asignación hasta la fecha de su orientación.**

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Letter of Introduction**

Job Skill Training (JST)

**OBsolete**

Dear Coordinator:

This letter is to introduce \_\_\_\_\_, who is a participant in the Job Skills Training (JST) Program. \_\_\_\_\_ has reviewed your Agency / Worksite job description and is interested in gaining on the job experience with you as an Office Aide. \_\_\_\_\_ will work 3 days a week from 9:00 AM - 5:00 PM, for a total of 21 hours per week.

Work Schedule				
<input type="checkbox"/> Monday	<input type="checkbox"/> Tuesday	<input type="checkbox"/> Wednesday	<input type="checkbox"/> Thursday	<input type="checkbox"/> Friday

Please do not hesitate to contact me at \_\_\_\_\_ if you have any questions.

Sincerely,

\_\_\_\_\_  
 JST Representative

JST Worksite Code			
Tier 1	Tier 2	Tier 3	Tier 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Attachment: JST Program Application

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_

## Job Skills Training (JST) Program Assignment Rotation

### Assignment Information Summary

#### PARTICIPANT INFORMATION:

Participant Name: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_ Case Type: \_\_\_\_\_  
Job Center: \_\_\_\_\_ ES Code: \_\_\_\_\_  
Borough of Residence: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

#### ASSIGNMENT INFORMATION:

Agency: \_\_\_\_\_ NS Date: \_\_\_\_\_  
Job Code: \_\_\_\_\_ Report Date: \_\_\_\_\_  
Assignment: \_\_\_\_\_ Work Hours: \_\_\_\_\_  
Description: \_\_\_\_\_ Child Care: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_  
Comment(s): \_\_\_\_\_

#### INDIVIDUAL CHARACTERISTICS:

High School: \_\_\_\_\_ Ex-Addict: \_\_\_\_\_  
Ex-Offender: \_\_\_\_\_ Non-English Speaker: \_\_\_\_\_

### JST Participant Typical Tasks

#### OFFICE SERVICES

- 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 a computer
- serve as a messenger
- assist in the 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

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

## Rotación de Asignación del Programa de Capacitación de Aptitudes Laborales (JST)

### Sumario de Información de Asignación

#### INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE:

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ GIN: \_\_\_\_\_  
Número del caso: \_\_\_\_\_ Tipo de caso: \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ Código ES: \_\_\_\_\_  
Condado de residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE ASIGNACION:

Agencia: \_\_\_\_\_ Fecha de NS: \_\_\_\_\_  
Código de trabajo: \_\_\_\_\_ Fecha de presentación: \_\_\_\_\_  
Asignación: \_\_\_\_\_ Horas de trabajo: \_\_\_\_\_  
Reseña: \_\_\_\_\_ Cuidado infantil: \_\_\_\_\_  
Código de Acción: \_\_\_\_\_  
Comentario(s): \_\_\_\_\_

#### CARACTERÍSTICAS PERSONALES:

Educación secundaria: \_\_\_\_\_ Ex adicto: \_\_\_\_\_  
Ex delincuente: \_\_\_\_\_ Persona que no habla inglés: \_\_\_\_\_

### Tareas Típicas del Participante de JST

#### SERVICIOS DE OFICINISTA

- contestación de teléfonos
- redacción de mensajes
- programación de citas
- acogida y guía de visitantes
- impartición de información general
- archivo de expedientes
- faxeo de documentos
- tramitación de documentos rutinarios
- producción y compaginación de copias
- habilitación de sala de reuniones
- ingreso de datos
- taquigrafía en computadora
- servicio de mensajero
- trabajo de cuarto de correo
- empaquetamiento y desempaquetamiento
- control de entregas
- recepción, almacenamiento y distribución de suministros
- trabajo de control de inventario
- operación de metro franqueador
- expedición de formularios, suministros
- publicación de gastos
- tramitación de comprobantes
- teneduría de libros sencilla





Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Conference Phone Number: \_\_\_\_\_

### Notice of Additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits

This is to notify you that you are eligible to receive an additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefit to correct an underpayment of benefits. You do not have to do anything in order to receive this additional SNAP benefit.

Between July 2014 and June 2015 your SNAP benefit calculations did not include the heating/cooling Standard Utility Allowance (SUA) even though your household was eligible for this SUA. This problem was corrected in June 2015. Since July 1, 2015, your SNAP benefit calculations have included the heating/cooling SUA.

You will receive a one-time payment of additional SNAP benefits. The amount of the additional SNAP benefit is based on the difference between the amount of SNAP benefits you received in June 2015, the last month before your benefit was corrected, and the corrected amount that you received in July 2015. The amount of this difference will be multiplied by the number of months (a maximum 12 months) from July 2014 through June 2015 that your SNAP benefit calculation did not include the heating/cooling SUA (See "Number of Eligible Months" below).

This is how we calculated your additional SNAP benefit amount:

- A. Your SNAP Benefit in June 2015: \$ \_\_\_\_\_
- B. Your SNAP Benefit in July 2015: \$ \_\_\_\_\_
- C. Your monthly additional SNAP Benefit (B minus A): \$ \_\_\_\_\_
- D. Number of Eligible Months: \$ \_\_\_\_\_
- E. **Your total additional SNAP Benefit (multiply C times D):** \$ \_\_\_\_\_

This additional SNAP benefit has been made available to you in your SNAP Electronic Benefit Transfer (EBT) account. To access the benefits in your EBT account, you need a Common Benefit Identification Card ("EBT Card") and a Personal Identification Number (PIN).

If you currently receive SNAP or Public (Cash) Assistance benefits, you can access this additional benefit in your SNAP EBT account using your current EBT card and PIN.

If you currently receive only Medicaid, we will put the additional benefits in a SNAP EBT account for you, and send you a PIN mailer. You can use the PIN that we send you and the Common Benefit Identification Card that you already have for Medicaid to access the additional benefits.

If you are not currently receiving SNAP, or Cash Assistance, or Medicaid, then you will receive two additional, separate mailings, one with a new EBT Card and one with a new PIN. The EBT Card mailer and the PIN mailer should arrive on different days. Once you have the new EBT Card and PIN, you will be able to access your additional benefits.

You must access this additional benefit within 365 days from the date of authorization.

If you believe that the amount of your additional SNAP benefit is incorrect, because either the amount of your SNAP benefit in June 2015 or in July 2015 (see amounts above) is incorrect or because the number of months that you were underpaid is incorrect, you may request a conference and/or a State Fair Hearing. Please note that the way this additional benefit was calculated has been approved by the United States Department of Agriculture and is **NOT** subject to review at a State Fair Hearing.

**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.**

**OBSOLETE**

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Conference phone number 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 the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:

Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201

**(3) FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
**(518) 473-6735**.

**(4) IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at:  
**14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

**(5) ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/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, either 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 by you, designating them as your representative.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

**INFORMATION:** If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on **page 1** of this notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within ninety (90) days from the date of the notice 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.

**Note:** If your situation is extremely serious please explain your situation; the State will attempt to process your request for a Fair Hearing as quickly as possible. If you call to request a Fair Hearing, please be prepared to explain your situation to the person who answers the telephone.

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

OBSOLETE

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
                    First Name                      M.I.    Last Name

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
                    \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_



Fecha: \_\_\_\_\_  
 Número del Caso: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
 Centro: \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono de la Conferencia: \_\_\_\_\_

### **Aviso de Beneficios Adicionales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)**

Por el presente le notificamos que usted es elegible para recibir beneficios adicionales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), para recibir un pago insuficiente de beneficios. Usted no tiene que tomar paso alguno para recibir este beneficio adicional de SNAP.

Durante el período entre julio del 2014 y junio del 2015, su cálculo de beneficios de SNAP no ha incluido la Asignación Normal de Servicios Públicos (SUA) de calefacción/aire acondicionado, aunque su hogar reunía los requisitos de dicha SUA. Este problema se ha corregido en junio del 2015. Desde el 1ero de julio del 2015, se ha incluido en su cálculo de beneficios de SNAP la SUA de calefacción/aire acondicionado.

Usted recibirá un pago único de beneficios adicionales de SNAP. La cantidad de beneficios adicionales de SNAP se basa en la diferencia entre la cantidad de beneficios de SNAP que usted recibió en junio del 2015, es decir el último mes antes de que se corrigiera la cantidad de beneficios, y la cantidad corregida que recibió en julio del 2015. La cantidad de esta diferencia se multiplicará por el número de meses (un máximo de 12 meses) desde julio del 2014 hasta junio del 2015, en que su cálculo de beneficios de SNAP no incluía la SUA de calefacción/aire acondicionado. (Vea a continuación "Número de meses de elegibilidad").

La cantidad de sus beneficios adicionales de SNAP se calculó tal como indicado a continuación:

- A. Su pago de beneficios de SNAP de junio del 2015: \$ \_\_\_\_\_
- B. Su pago de beneficios de SNAP de julio del 2015: \$ \_\_\_\_\_
- C. Su cantidad adicional de beneficios de SNAP (B menos A): \$ \_\_\_\_\_
- D. Número de meses de elegibilidad: \$ \_\_\_\_\_
- E. La cantidad total adicional de beneficios de SNAP (multiplique C por D) \$ \_\_\_\_\_**

Los beneficios adicionales de SNAP están disponibles en su cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) de SNAP. Para acceder a los beneficios en su cuenta EBT, usted necesita una Tarjeta de Identificación de Beneficios Comunes ("Tarjeta de EBT") y un Número de Identificación Personal (PIN).

Si usted actualmente recibe Asistencia Pública (en Efectivo) o beneficios de SNAP, puede acceder a los beneficios adicionales en su cuenta de EBT SNAP mediante la tarjeta EBT actual y el PIN.

Si usted actualmente sólo recibe Medicaid, depositaremos para usted los beneficios adicionales en una cuenta de SNAP EBT, y le enviaremos por correo una carta con el PIN. Para acceder a los beneficios adicionales usted podrá servirse de este PIN y de la Tarjeta de Identificación de Beneficios Comunes que ya posee para Medicaid.

Si usted actualmente no recibe SNAP, ni Asistencia en Efectivo, ni Medicaid, recibirá por correo dos cartas por separado, una con una nueva Tarjeta de EBT y la otra con un nuevo PIN. Usted recibirá estas cartas en distintas fechas. Una vez usted reciba la nueva Tarjeta de EBT y el PIN, podrá acceder a sus beneficios adicionales.

Usted debe acceder a este beneficio adicional dentro de 365 días a partir de la fecha esta autorización.

Si usted no está de acuerdo con la cantidad de sus beneficios adicionales de SNAP, ya sea porque es errónea la cantidad de sus beneficios de SNAP de junio del 2015 o julio del 2015 (vea las cantidades antemencionadas), o porque es erróneo el número de meses de pagos insuficientes, puede solicitar una Conferencia y/o Audiencia Imparcial Estatal. Favor de notar que el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) ha aprobado el modo en que se calculó este beneficio adicional. Además, dicho cálculo **NO** está sujeto a una revisión de una Audiencia Imparcial Estatal.

**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.**

OBSOLETE

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para programar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de Conferencias en la **página 1** de este aviso. A veces éste resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. 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 que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

**(1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano 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 4930  
Albany NY 12201**

**(3) FAX:** Faxee una copia de todo este aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número **(516) 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.ny.gov/oah/forms.asp>

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

**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 lo solicita específicamente.

**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.

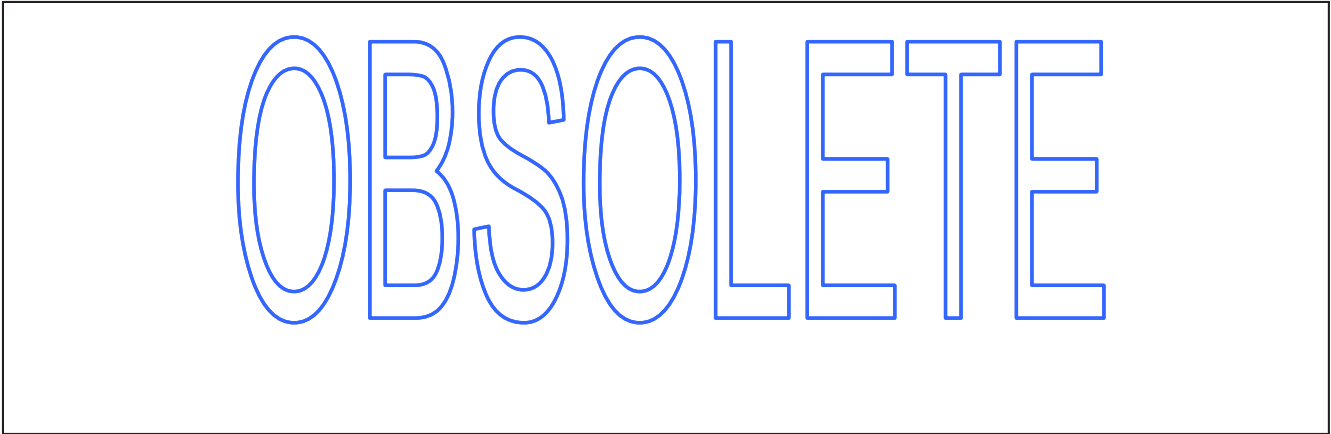
**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Fecha Límite:** Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de noventa (90) días a partir de la fecha de este aviso 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.

**Note:** Si su situación es extremadamente urgente, por favor explíquela. El Estado intentará tramitar su solicitud de Audiencia Imparcial lo más rápidamente posible. Si usted llama para solicitar una Audiencia Imparcial, por favor esté listo(a) para explicar su situación a la persona que conteste la llamada.

**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: \_\_\_\_\_



## WEP RELEASE FORM

Dear WEP Participant:

Please show both the enclosed Mandatory Appointment Notice and WEP Release Form to your WEP Coordinator immediately. Be aware of the following requirements:

- You must have the bottom portion of this form completed by your WEP coordinator and present it to the Job Search program when you report to your appointment.
- You must attend a one or two week orientation session with the Job Search Program.
- You must return to your WEP assignment on the Friday afternoon of the first or second Job Search appointment week with your Job Search schedule.

**OBSELETE**

Dear WEP Coordinator:

Please review the participant's Mandatory Appointment Notice and WEP Release Form carefully. Your completion of the WEP Release Form will serve as your affirmation that you received the appropriate advance notice of this participant's reassignment. Beginning the date indicated on the mandatory appointment notice, the participant will spend one week or two weeks with the Job Search Program and then have a three day / two day concurrent schedule. The week of the initial Job Search appointment is a documented excused absence.

When you have completed the following items return the Notice and WEP Release Form to the participant. Please also make a photocopy of this form for your files.

Thank you for your cooperation.

Name of Participant	Case Number
Name of WEP Site	WEP Site Code
Name of Coordinator	Phone Fax
Name of Supervisor	Phone
Signature of Supervisor	Date

## FORMULARIO DE DESCARGO DEL WEP

**Estimado Participante del WEP:**

**Por favor muestre los documentos anexos, el Aviso de Cita Obligatoria y el Formulario de Descargo del WEP, a su Coordinador del WEP inmediatamente. Tenga pendiente los siguientes requerimientos:**

- **Usted debe tener la porción que aparece al fondo de este documento completada por su Coordinador del WEP y presentarla al programa de Búsqueda de Trabajo al momento de reportarse a su cita.**
- **Usted debe asistir a una sesión de una a dos semanas con el Programa de Búsqueda de Trabajo.**
- **Usted debe regresar a su asignación del WEP el Viernes por la tarde de la primera o segunda semana de su entrevista de Búsqueda de Trabajo con su horario de Búsqueda de Trabajo.**

**Estimado(a) Coordinador(a) del WEP:**

**Por favor revise el Aviso de Cita Obligatoria y el Formulario de Descargo del WEP del participante cuidadosamente. El completar el Formulario de Descargo del WEP servirá como afirmación de que usted recibió, con la apropiada anticipación, la reasignación del participante. Empesando con la fecha que aparece indicada en el Aviso de Cita Obligatoria, el participante pasará una o dos semanas con el Programa de Búsqueda de Trabajo y luego tendrá un horario concurrente de dos a tres días. La semana de la cita inicial de Búsqueda de Trabajo es una ausencia excusada y documentada.**

**Cuando usted haya completado las siguientes partes, devuelva el Aviso y el Formulario de Descargo del WEP al participante. Por favor haga copias de estos documentos para sus archivos.**

**Gracias por su cooperación.**

<b>Nombre del Participante</b>	<b>Número del Caso</b>
<b>Nombre del Centro del WEP</b>	<b>Código del Centro del WEP</b>
<b>Nombre del Coordinador</b>	<b>Teléfono Fax</b>
<b>Nombre del Supervisor</b>	<b>Teléfono</b>
<b>Signatura de Supervisor</b>	<b>Fecha</b>

Date: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

## Notice of Additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits Cases Activated Within 210 Days of the Cash Assistance Denial

### YOU WILL RECEIVE ADDITIONAL SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) BENEFITS

**NOTE:** Beginning August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

This is to notify you that you are eligible to receive additional SNAP benefits as a result of a case review done in connection with a class action lawsuit called Reynolds v. Giuliani.

You applied for cash assistance and SNAP benefits between December 15, 2005, and November 30, 2006. Your SNAP application was initially denied. Within 210 days of that denial you became active for SNAP. New York City's Human Resources Administration (HRA) has determined that you did not receive the separate SNAP determination which you should have received. HRA has also determined that you are eligible to receive additional SNAP benefits.

**THIS MEANS YOU WILL RECEIVE ADDITIONAL SNAP BENEFITS.** The amount of additional SNAP benefits is based on the amount of your recurring grant upon your becoming active for SNAP benefits and the number of months that you lost SNAP benefits following the denial of your cash assistance application.

The additional SNAP benefits have been made available on your SNAP Electronic Benefit Transfer (EBT) account and have been issued under case number \_\_\_\_\_. If you do not have an EBT card to redeem your benefits, you may come to the HRA Special Projects Center at 172 Water Street, New York, NY 10038 or call the center at: (212) 331-4909.

This is how we calculated your additional SNAP benefits amount:

Your recurring grant upon becoming active for SNAP benefits: \$ \_\_\_\_\_

Number of months that SNAP benefits were lost following the denial of your cash assistance application: \_\_\_\_\_

**Additional SNAP benefit amount:** \$ \_\_\_\_\_

If you disagree with the amount of your additional SNAP benefits because you believe that HRA was incorrect concerning the amount of your recurring grant upon your becoming active for SNAP benefits or the number of months that you lost benefits following the denial of your cash assistance application, you may request a conference and/or State Fair Hearing as set forth below.

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

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us at (212) 331-4947 to set up a conference (informal meeting with us). Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### STATE FAIR HEARING

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

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
Office of Administrative Hearings New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201  
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
**(518) 473-6735**
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at: **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.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

**INFORMATION:** If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the telephone number/address listed on **page 2** of this notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within ninety (90) days from the date of the notice for SNAP issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by telephone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline. **Note:** If your situation is extremely serious please explain your situation, the State will attempt to process your request for a Fair Hearing as quickly as possible. If you call to request a Fair Hearing, please be prepared to explain your situation to the person who answers the telephone.

OBSCLETE

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

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
Name M.I. Last Name

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

**Aviso de Beneficios Adicionales  
del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)  
Casos Activados Dentro de 210 Días de la Denegación de Asistencia en Efectivo**

**USTED RECIBIRÁ BENEFICIOS ADICIONALES  
DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP)**

**NOTA:** A partir del 29 de agosto, toda referencia al Programa de Cupones para Alimentos en este aviso se denominará el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda referencia a Cupones para Alimentos se denominará beneficios de SNAP.

Por el presente le notificamos que usted es elegible para recibir beneficios adicionales del SNAP a raíz de una revisión de caso respecto a una acción en grupo denominada Reynolds v. Giuliani.

Usted solicitó asistencia en efectivo (pública) y beneficios del SNAP entre el 15 de diciembre, 2005, y el 30 de noviembre, 2006. Inicialmente su solicitud de beneficios del SNAP fue negada. Dentro de 210 días de esa negación usted fue activada para los beneficios del SNAP. La Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de Nueva York ha determinado que usted no recibió la resolución del SNAP por separado que debió haber recibido. Además, la HRA ha determinado que usted es elegible para recibir beneficios adicionales del SNAP.

**ESTO SIGNIFICA QUE USTED RECIBIRÁ BENEFICIOS ADICIONALES DEL SNAP.** La cantidad de sus beneficios adicionales del Programa de Asistencia de SNAP se basa en la cantidad de concesión recurrente tras la activación de sus beneficios del SNAP y el número de meses que perdió beneficios del SNAP después de la denegación de su solicitud de asistencia en efectivo.

Los beneficios adicionales del SNAP están disponibles en su cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficio del SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program Electronic Benefit Transfer – EBT) y han sido emitidos conforme al número de caso \_\_\_\_\_. Si usted no tiene una tarjeta de EBT para obtener sus beneficios, puede presentarse a la Administración de Recursos Humanos (HRA) Special Projects Center en 172 Water Street, New York, NY 10038 o llamar al centro al: (212) 331-4909.

Vea a continuación cómo calculamos su cantidad de beneficios adicionales del SNAP:

Su concesión recurrente a la hora de activarse para beneficios del SNAP:

Número de meses en que se perdieron beneficios del SNAP tras el rechazo de su solicitud de asistencia en efectivo: \$ \_\_\_\_\_

**Cantidad del SNAP adicionales:** \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Si usted no está de acuerdo con la cantidad de sus beneficios adicionales del SNAP porque cree que la HRA estuvo equivocada respecto a la cantidad de su concesión recurrente tras la activación de sus beneficios del SNAP o el número de meses en que usted perdió beneficios después de la denegación de su solicitud de asistencia en efectivo, puede solicitar una conferencia y/o Audiencia Imparcial Estatal como se indica más abajo.

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

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos al (212) 331-4947 para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

**(1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)

**(2) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial"

llenada a:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1930, Albany, NY 12201  
(Favor de guardar una copia para usted.)

**(3) POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial"  
llenada al: **(518) 473-6735**

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

**(5) POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
**<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>**

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

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



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

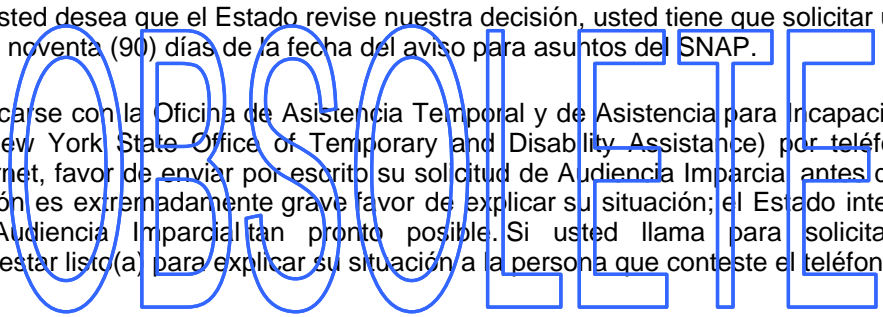
**INFORMACIÓN:** Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en **la página 2** de este aviso.

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Fecha Límite:** Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, usted tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de noventa (90) días de la fecha del aviso para asuntos del SNAP.

Si no logra comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y de Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

**Nota:** Si su situación es extremadamente grave favor de explicar su situación; el Estado intentará tramitar su petición de una Audiencia Imparcial tan pronto posible. Si usted llama para solicitar un Audiencia Imparcial, favor de estar listo(a) para explicar su situación a la persona que conteste el teléfono.



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

Nombre en  
letra de molde: \_\_\_\_\_ Número de Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Date: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

### Outcome of Review for Restored Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits

**NOTE:** As of August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

We have completed our review of your eligibility for restored SNAP benefits from the date that your cash assistance case was denied during the period December 15, 2005, through November 30, 2006.

We have determined that you are eligible for restored SNAP benefits. The restored amount has been made available on your SNAP Electronic Benefit Transfer (EBT) account and has been issued under case number \_\_\_\_\_ If you do not have an EBT card to redeem your benefits, you may come to the Human Resources Administration (HRA) Special Projects Center at 172 Water Street, New York, NY 10038 or call the Center at (212) 331-4909. This is how we calculated your SNAP benefit amount:

Your household size: \_\_\_\_\_

Monthly standardized SNAP benefit for your household size: \$ \_\_\_\_\_

Number of months of restored SNAP benefits: \_\_\_\_\_

**Restored SNAP benefit amount:** \$ \_\_\_\_\_

- We have determined that your household is not eligible for restored SNAP benefits because:
  - Your income exceeds the gross income limit
  - You failed to verify your \_\_\_\_\_
  - Other: \_\_\_\_\_

If you disagree with our decision concerning your eligibility or with the amount of your restored SNAP benefit because you believe that HRA was incorrect concerning the size of your household at the time that your cash assistance case was denied from the period December 15, 2005, through November 30, 2006, you may request a conference and/or State Fair Hearing as set forth below. You may not contest the monthly standardized benefit used to calculate your restored SNAP benefit.

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

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us at (212) 331-4947 to set up a conference (informal meeting with us). Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### STATE FAIR HEARING

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

- (1) **TELEPHONE:** Call (800) 342-3334. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
Office of Administrative Hearings New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201  
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
(518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance to: 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 disability you cannot travel,** you may appear through a representative, either 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.

**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 telephone number/address listed on **page 2** of this notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within ninety (90) days from the date of the notice for food stamp issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by telephone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline. **Note:** If your situation is extremely serious please explain your situation, the State will attempt to process your request for a Fair Hearing as quickly as possible. If you call to request a Fair Hearing, please be prepared to explain your situation to the person who answers the phone.

**OBSCLETE**

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

Print Name: \_\_\_\_\_  
Name M.I. Last Name

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

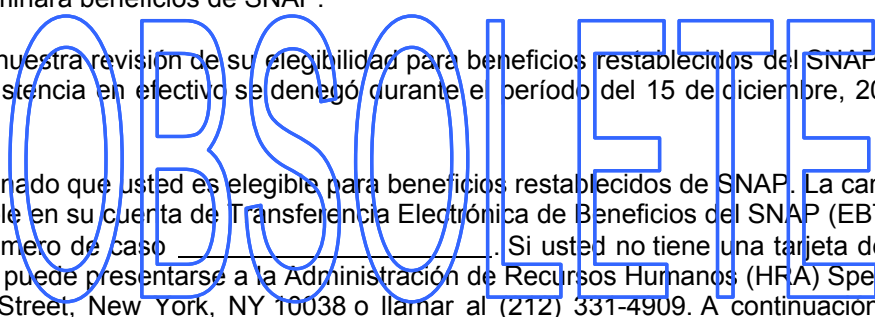
Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

### Resultado de la Revisión de Beneficios Restablecidos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

**NOTA:** A partir del 29 de agosto, toda referencia al Programa de Cupones para Alimentos en este aviso se denominará el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda referencia a Cupones para Alimentos se denominará beneficios de SNAP.

Hemos terminado nuestra revisión de su elegibilidad para beneficios restablecidos del SNAP desde la fecha en que su caso de asistencia en efectivo se denegó durante el período del 15 de diciembre, 2005, hasta el 30 de noviembre, 2006.



Hemos determinado que usted es elegible para beneficios restablecidos de SNAP. La cantidad restablecida estará disponible en su cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios del SNAP (EBT) y ha sido emitida conforme al número de caso \_\_\_\_\_. Si usted no tiene una tarjeta de EBT para obtener sus beneficios, puede presentarse a la Administración de Recursos Humanos (HRA) Special Projects Center en 172 Water Street, New York, NY 10038 o llamar al (212) 331-4909. A continuación vea el método de cálculo para la cantidad de cupones para alimentos que le corresponde:

Número de miembros de su hogar: \_\_\_\_\_

Beneficio mensual normal del SNAP para el tamaño de su hogar: \$ \_\_\_\_\_

Número de meses de beneficios restablecidos del SNAP: \_\_\_\_\_

**Cantidad restablecida del SNAP:** \$ \_\_\_\_\_

Hemos determinado que su hogar no es elegible para beneficios restablecidos de SNAP debido a:

- Su ingreso sobrepasa el límite de ingreso bruto
- Usted no comprobó su \_\_\_\_\_
- Otro caso: \_\_\_\_\_

Si no está de acuerdo con nuestra decisión respecto a su elegibilidad o con la cantidad de su beneficio restablecido del SNAP porque usted cree que según HRA el tamaño de su hogar era incorrecto en el momento en que su caso de asistencia en efectivo se le denegó desde el período del 15 de diciembre, 2005, hasta el 30 de noviembre, 2006, usted puede solicitar una conferencia y/o Audiencia Imparcial Estatal como se estipula más abajo. Usted no puede oponerse al beneficio mensual normalizado que se usa para calcular su beneficio restablecido del SNAP.

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

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos al (212) 331-4947 para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

**(1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)

**(2) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1930, Albany, NY 12201  
(Favor de guardar una copia para usted.)

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

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

**(5) POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

**Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse,** puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

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



Date: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

### Request for Additional Information Restored Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefit Review

**NOTE:** Beginning August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

We have received your request to review your eligibility for restored SNAP benefits. In order for us to make a determination of your eligibility, the following information/documentation is required. Please mail the requested information/documentation in the postage-paid envelope that has been enclosed with this letter to the Human Resources Administration, Special Projects Center, 172 Water Street, New York, NY 10038. You may also use your own envelope.

Requested information/documentation:

**OBSOLETE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Please return the information/documentation along with this letter by:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Worker's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Supervisor's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Worker's Telephone Number

Fecha: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

**Petición de Información Adicional  
Revisión de Beneficios Restablecidos  
del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)**

**NOTA:** A partir del 29 de agosto, toda referencia al Programa de Cupones para Alimentos se denominará el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda referencia a Cupones para Alimentos se denominará beneficios de SNAP.

Hemos recibido su petición de una revisión de su elegibilidad para beneficios restablecidos del SNAP. A fin de nosotros poder determinar su estado de elegibilidad, necesitamos la siguiente información/documentación. Favor de enviar por correo en el sobre adjunto prepagado la información/documentación solicitada a Human Resources Administration, Special Projects Center, 172 Water Street, New York, NY 10038. También puede usar su propio sobre.

Información/documentación solicitada.

**OBSOLETE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Favor de devolver la información/documentación junto con esta carta para la fecha de:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del Trabajador





التاريخ:

اسم القضية:

رقم القضية:

مركز الكوبونات الغذائية ("فود ستامبس"):

العنوان:

## إخطار بتحديد موعد لمقابلة إعادة تثبيت اللياقة - مطابقة "بيرز" (Arabic)

استلمنا معلومات بأنك تستلم دخلاً من \$ \_\_\_\_\_ بقدر \_\_\_\_\_.

يجب أن يؤخذ هذا الدخل بعين الاعتبار في تقسيم لياقتك لمصلحة تلقي مخصصات الكوبونات الغذائية ("فود ستامبس"). يرجى الحضور إلى هذا المكتب في تاريخ \_\_\_\_\_ (التاريخ).

يرجى إحضار هذه الرسالة معك وكافة المعلومات بشأن الدخل المدرجة أعلاه إلى هذه المقابلة. يجوز أن تقطع مخصصاتك وذلك إذا تقرر بأن الدخل الذي لديك يزيد عن الحد المسموح به لتلقي الكوبونات الغذائية ("فود ستامبس") بالنسبة لحجم عائلتك. سنبغك سلفاً قبل اتخاذ أي إجراء.

خلال المقابلة، سنعيد البت في لياقتك لمواصلة تلقي مخصصات الكوبونات الغذائية ("فود ستامبس"). إضافة إلى المعلومات بشأن الدخل المدرج أعلاه، يرجى إحضار المستندات المدرجة في إخطار المستندات التي تم استلامها / أو المستندات المطلوبة (نموذج W-120D).

إذا لم تكن قادراً على حضور هذا الموعد أو كان لديك أي سؤال بهذا الشأن، فيرجى الاتصال بـ \_\_\_\_\_.

إذا لا تحضر هذه المقابلة في التاريخ المحدد أعلاه، فستنتهي مخصصاتك ولن تتلقى الكوبونات الغذائية ("فود ستامبس") ابتداءً من \_\_\_\_\_ (التاريخ).



Date: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

FS Center: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

**NOTICE OF APPOINTMENT FOR RECERTIFICATION INTERVIEW - BEERS MATCH**

**OBSOLETE**

We have received information that you are in receipt of income from \_\_\_\_\_,  
in the amount of \$ \_\_\_\_\_.

This income **MUST** be considered in evaluating your continued eligibility for food stamp benefits.  
Please report to this office by \_\_\_\_\_.  
(Date)

Please bring this letter and all information regarding the income listed above to this interview. If it is determined that you have income in excess of the food stamp limit for your family size, your benefits may be discontinued. You will be notified in advance before any action is taken.

At the interview, we will redetermine your eligibility to continue to receive food stamp benefits. In addition to the information regarding the income listed above, please bring the documents listed on the enclosed Notice of Documentation Received/Required (**Form W-120D**).

If you are unable to keep this appointment or have any questions, please call \_\_\_\_\_.

If you do not report for this interview by the above date, your benefits will expire and you will not receive food stamps beginning \_\_\_\_\_.  
(Date)

Date: \_\_\_\_\_  
Recruitment Date: \_\_\_\_\_  
Responsibility Center: \_\_\_\_\_

**Referral to Worksite**  
Work Experience Program (WEP)

**To the Participant:** Please report promptly to your assignment.

Start date: \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ AM Report to room number: \_\_\_\_\_ Floor: \_\_\_\_\_

The name of the program is: \_\_\_\_\_

Your worksite address is: \_\_\_\_\_

Your supervisor's name is: \_\_\_\_\_

Telephone number: \_\_\_\_\_ Work Site Number: \_\_\_\_\_

**To the Supervisor:** This will introduce the following Work Experience Program Participant who has been assigned to your location and is required to report at the above noted start date and time.

Participant's Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Name: \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_

WEP Hours: \_\_\_\_\_ Days \_\_\_\_\_ Hours Daily  Job Search: \_\_\_\_\_ Days \_\_\_\_\_ Hours

WEP: \_\_\_\_\_ Days \_\_\_\_\_ Hours

**Please Note:** This Participant has: (check all that apply)

Physical Limitations  English Limitations  Other (specify): \_\_\_\_\_

Explanation of limitations to be taken into account when assigning work tasks: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Print interviewer name: \_\_\_\_\_ Telephone number: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Contratación: \_\_\_\_\_

Centro de Responsibilidad : \_\_\_\_\_

### Envío a un Local de Trabajo

Programa de Experiencia Laboral (Work Experience Program – WEP)

**Al Participante:** Repórtese a tiempo al lugar asignado.

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ AM Repórtese a sala número: \_\_\_\_\_ Floor: \_\_\_\_\_

El nombre del programa es: \_\_\_\_\_

La dirección del local de trabajo es: \_\_\_\_\_

El nombre de su supervisor es: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Trabajo: \_\_\_\_\_

**To the Supervisor:** This will introduce the following Work Experience Program Participant who has been assigned to your location and is required to report at the above noted start date and time.

Participant's Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Name: \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_

WEP Hours: \_\_\_\_\_ Days \_\_\_\_\_ Hours Daily  Job Search: \_\_\_\_\_ Days \_\_\_\_\_ Hours

WEP: \_\_\_\_\_ Days \_\_\_\_\_ Hours

**Please Note:** This Participant has: (check all that apply)

Physical Limitations  English Limitations  Other (specify): \_\_\_\_\_

Explanation of limitations to be taken into account when assigning work tasks: \_\_\_\_\_

Print interviewer name: \_\_\_\_\_ Telephone number: \_\_\_\_\_

## New Start WEP Determination Form

Central Work Experience Program (CWEP)

New Start Date: \_\_\_\_\_

Participant's Name: \_\_\_\_\_  
First M.I. Last

Case Number: \_\_\_\_\_

The above-named participant reported to the New Start orientation but was not assigned. The reason(s) for this is/are:

Please check one:

- Medical reasons (documentation attached).
- Family care exemption (documentation attached).
- Participant reported to orientation but refused the assignment.
- Other (specify): \_\_\_\_\_

OBSOLETE

Participant rescheduled to start on: \_\_\_\_\_  
Date

**Please report to: FIA (649)**  
 FIA Central WEP Orientation  
 109 East 16th Street  
 9th Floor/Room A  
 New York, NY 10003  
 (212) 835-7104 or 8331

Reporting time (please check one):  9:00 AM     1:00 PM  
 Employed:  Part-time     Full-time

Date Started	Job Title	Salary	<input type="checkbox"/> Per Annum	
			<input type="checkbox"/> Per Hour	
Name of Employer			Telephone Number	
Address				
City		Borough	State	Zip Code

\_\_\_\_\_  
 Signature Date