



# OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner  
Office of Procedures

## POLICY BULLETIN #18-07-EMP

### REVISIONS TO THE EXP-76G FORM

<p><b>Date:</b> February 2, 2018</p>	<p><b>Subtopic(s):</b> Job Training Program (JTP), Grant Diversion Program</p>
<p> Please use Print on Demand to obtain copies of forms.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center staff of the revision of snippets for the Grant Diversion Program Statement of Understanding (<b>EXP-76G</b>). It is informational for all other staff.</p> <p>The <b>EXP-76G</b> has been revised to reflect the correct wage rates for participants in the various Grant Diversion Programs, and to remove East River Job Center (#37) from the Parks Unit Center Drop Down, as the Center has closed.</p> <p>The <b>EXP-76G</b> was created to inform Grant Diversion Program participants of their enrollment in the Program, their Agency and wage rate, and the rules governing their participation in the Program. Participants will receive the <b>EXP-76G</b> during orientation at the JTP orientation site.</p> <p>The Grant Diversion Program is designed to provide Cash Assistance (CA) participants with paid employment experience and career development, in order to prepare them to transition from receipt of temporary assistance to full-time, permanent employment.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p><b>Related Items:</b></p> <p><a href="#">PD #10-07-EMP</a> Revision to the Grant Diversion Program  <a href="#">PD #15-28-EMP</a> Revised Parks Opportunity Program</p> <p><b>Attachments:</b></p> <p><b>EXP-76G (E)</b> Grant Diversion Program Statement of Understanding  <b>EXP-76G (S)</b> Grant Diversion Program Statement of Understanding (Spanish)</p>

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

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

## Grant Diversion Program Statement of Understanding

### Participant's Information

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

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

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

Telephone Number: \_\_\_\_\_

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

I will be employed with the \_\_\_\_\_.

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Participant's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

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

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro de la Unidad de JTP: \_\_\_\_\_

## Declaración de Acuerdo del Programa de Reasignación de Concesión

### Información del Participante

Letra de molde: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Me empleará el \_\_\_\_\_.

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_ del GDP al \_\_\_\_\_.