



OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #18-19-OPE

MONTHLY UPDATES: (FIA-1021K, FIA-1028D, FIA-1028H, FIA-1028K, FIA-1028P, FIA-1205, FLY-997, HRA-102G, HRA-146J, M-75P, M-75W, M-75Z, M-76J, M-76K, OCM-43, W-147F, W-516E, W-516G, W-904KK)

Date: April 2, 2018	Subtopic(s): Forms
Updated items	<p>The following forms and flyers have been updated on edocs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Offer of a Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD)” (FIA-1021k) “Case Name” changed to “Case Number” in the demographic fields. • Plain language updates were made to the following forms: <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Request to Remove Home Visit Needed/Homebound Status” (FIA-1028d); ▪ “Notice of Scheduled Home Visit” (FIA-1028h); ▪ “Want to Renew Home Visit Needed/Homebound Status?” (FIA-1028k); ▪ “Notification of Unsupported Home Visit Needed/Homebound Status” (FIA-1028p). • “Don’t Lose Your Medicaid” (FIA-1205) is a notice that is mailed to individuals who applied for Medicare, but did not provide proof of their application to HRA. The individuals are instructed to provide proof to HRA by the date that is on the letter that was sent by New York State. • “DSS Non Discrimination Flyer” (FLY-997 [MLF]) is a new flyer that advises the public of their right to receive respectful service from the Department of Social Services (DSS). The flyer also provides various ways to report instances of discrimination, sexual harassment, and retaliation or threats for reporting such instances. The flyer size is 8.5” x 11” and must be made available to applicants/participants at first points of contact and/or waiting rooms at all Centers. The Office of Communication and Marketing (OCM) will deliver FLY-997 to all Centers under separate cover. Centers must use CIWS to reorder the flyer.

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

- “Appeal Related Request For Medical/Clinical Information” (**HRA-102g**) form was created for the ADA Compliance Office. The form is given to individuals who appeal the agency's determination to deny their request for a reasonable accommodation. The individual is instructed to use the **HRA-102g** form to obtain medical or clinical documentation to give to the agency.
- “Potential Eligibility for Family Homelessness and Eviction Prevention Supplement (FHEPS)” (**HRA-146j**) form was updated to change the landlord bonus amount from \$1,000 to \$3,500.
- “DSS Non-Discrimination Policy” (**OCM-43**) is a new poster that advises the public of their right to receive respectful service from the Department of Social Services (DSS). The poster also provides various ways to report instances of discrimination, sexual harassment, and retaliation or threats for reporting such instances. The poster size is 24” x 36”, and should be displayed in all waiting areas.
- “Shelter Arrears Repayment Agreement Worksheet” (**W-147F**) the amounts in the *125% of 2018 Federal Poverty Level Guidelines* table have been updated.

Obsolete items

The following forms have been made obsolete:

- “Consent for Release of Information to an Employment Vendor Concerning Alcohol/Drug Abuse Patient” (**M-75P**);
- “Consent for Release of Information from Treatment Program Concerning Alcohol/Drug Abuse Patient” (**M-75w**);
- “Consent for Disclosure of Alcohol or Substance Abuse Treatment Program Information and Records and Cash Assistance and Care Information and Records” (**M-75z**);
- “Consent for Disclosure of Medical Assistance Program Records of Alcoholism and Substance Abuse Treatment ” (**M-76j**);
- “Consent for Substance Abuse Assessment of a Minor” (**M-76k**);
- “Real Property Tax Credit Notice” (**W-516E**);
- “New York State Nutrition Incentive Program (NYSNIP) Real Property Tax Credit Notice” (**W-516G**);
- “RTSC-Questionnaire for Minors in Residential Treatment” (**W-904KK**).

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

Effective Immediately

Attachments:

FIA-1021k	Offer of a Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD)
FIA-1021k (S)	Offer of a Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD)
FIA-1028d	Request to Remove Home Visit Needed/Homebound Status
FIA-1028d (S)	Request to Remove Home Visit Needed/Homebound Status
FIA-1028h	Notice of Scheduled Home Visit
FIA-1028h (S)	Notice of Scheduled Home Visit
FIA-1028k	Want to Renew Home Visit Needed/Homebound Status?
FIA-1028k (S)	Want to Renew Home Visit Needed/Homebound Status?
FIA-1028p	Notification of Unsupported Home Visit Needed/Homebound Status
FIA-1028p (S)	Notification of Unsupported Home Visit Needed/Homebound Status
FIA-1205	Don't Lose Your Medicaid
FIA-1205 (S)	Don't Lose Your Medicaid
FLY-997 (MLF)	DSS Non Discrimination Flyer
HRA-102g	Appeal Related Request For Medical Clinical Information
HRA-102g (S)	Appeal Related Request For Medical Clinical Information
HRA-146j	Potential Eligibility for Family Homelessness and Eviction Prevention Supplement (FHEPS)
HRA-146j (S)	Potential Eligibility for Family Homelessness and Eviction Prevention Supplement (FHEPS)
OCM-43 (MLF)	DSS Non-Discrimination Policy
W-147F (E)	Shelter Arrears Repayment Agreement Worksheet
M-75P	Consent for Release of Information to an Employment Vendor Concerning Alcohol/Drug Abuse Patient (Obsolete)
M-75w	Consent for Release of Information from Treatment Program Concerning Alcohol/Drug Abuse Patient (Obsolete)
M-75z	Consent for Disclosure of Alcohol or Substance Abuse Treatment Program Information and Records and Cash Assistance and Care Information and Records (Obsolete)

M-76j	Consent for Disclosure of Medical Assistance Program Records of Alcoholism and Substance Abuse Treatment (Obsolete)
M-76k	Consent for Substance Abuse Assessment of a Minor (Obsolete)
W-516E	Real Property Tax Credit Notice (Obsolete)
W-516G	New York State Nutrition Incentive Program (NYSNIP) Real Property Tax Credit Notice (Obsolete)
W-904KK	RTSC-Questionnaire for Minors in Residential Treatment (Obsolete)



Date: _____
 Case Number: _____
 Participant Name: _____
 Center: _____

Offer of a Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD)

We are sorry to inform you that the federal government has told New York that we must implement a rule that if you cannot find work, you can no longer receive Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits (formerly known as food stamps), without participating in some work or work-related activity. This is because you are able to work and do not have dependents, a category formally known as Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD).

In order for you to receive SNAP benefits for more than three months in a 36-month period, you must meet one of the following ABAWD requirements:

- Work (including in-kind and volunteer work) for at least 80 hours per month; or
- Participate in a work/training program approved by the Human Resources Administration (HRA) for at least 80 hours per month; or
- Work and participate in HRA approved work/training programs for a combined total of at least 80 hours per month; or
- Comply with a community service activity offered by HRA at a not-for-profit organization for the number of hours equal to your SNAP grant divided by the higher of the federal or state minimum wage.

According to our records, you are not currently working or participating in an approved work/training program for at least 80 hours per month. Therefore we are making a qualifying work activity available to you that will enable you to meet the ABAWD work requirements. We have scheduled the following appointment for you with an employment provider.

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

For travel information, please call the New York City Transit Authority at **(718) 330-1234** or **511**.

(Turn page)

If you are unable to keep the appointment, please contact us at the above number before your reporting time to arrange for a new appointment.

If you have a physical, mental health or learning problem that makes it difficult for you to get to this location, please call us at the number above.

In addition to offering you a qualifying work activity, HRA is offering you the opportunity to voluntarily meet with an employment provider who will assess your employment needs and provide the training and job search activities that will assist you in obtaining gainful employment.

If you believe that you are exempt from the ABAWD work requirements (see below for exemptions), please bring documentation of your exemption to your appointment.

FAILURE TO MEET THE ABAWD WORK REQUIREMENTS WITHOUT GOOD CAUSE FOR MORE THAN THREE MONTHS IN A 36 MONTH PERIOD WILL RESULT IN THE REDUCTION OR TERMINATION OF YOUR SNAP BENEFITS.

You are exempt from the ABAWD work requirements if you are:

- Under 18 years of age or 50 years of age or older; or
- Residing in a SNAP household with an individual under 18 years of age; or
- A full-time caretaker of an incapacitated person; or
- Pregnant; or
- In receipt of Veterans' Affairs disability compensation; or
- In receipt of disability benefits from a public or private source, such as NYS disability or Social Security Disability Insurance (SSDI) benefits; or
- Physically or mentally unable to work for at least 80 hours per month; or
- Determined to be unable to work due to substance abuse; or
- A recipient of Unemployment Insurance Benefits (UIB); or
- A student enrolled at least half-time in any recognized school, training program, or institution of higher education, provided you have met the student eligibility criteria for SNAP; or
- An applicant for Supplemental Security Income (SSI) and SNAP, under the joint processing provisions until an SSI determination is made; or
- Employed or self-employed and working a minimum of 30 hours per week or receiving weekly earnings at least equal to the federal minimum wage times 30.

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



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Participante: _____

Centro: _____

Oferta de Actividad de Trabajo para Adulto Sano Sin Dependientes (ABAWD)

Nos disculpamos por informarle que el gobierno federal ha ordenado al estado de Nueva York que nosotros implementemos una regla que establece que si usted no puede encontrar trabajo, ya no puede recibir beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (anteriormente conocido como cupones para alimentos), a menos que participe en algún trabajo o actividad relacionada con el trabajo. Esto se debe a que usted pertenece a una categoría oficialmente conocida como Adulto Sano sin Dependientes (ABAWD), ya que es apto(a) para trabajar y no cuenta con dependientes.

Para recibir beneficios de SNAP por más de tres meses durante un período de 36 meses, usted debe cumplir uno de los siguientes requisitos de ABAWD:

- Trabajar (incluido trabajo en especie y de voluntario) durante por lo menos 80 horas al mes; o
- Participar en un programa de trabajo/capacitación aprobado por la Administración de Recursos Humanos (HRA) durante por lo menos 80 horas al mes; o
- Trabajar y participar en programas aprobados por la HRA de trabajo/capacitación por un total combinado de por lo menos 80 horas al mes; o
- Cumplir una actividad de servicio comunitario brindada por la HRA en una organización sin fines de lucro por el número de horas equivalente a su subsidio de SNAP dividido por el superior entre el salario mínimo estatal y el federal.

Según nuestros archivos, actualmente usted no trabaja ni participa en un programa aprobado de trabajo/capacitación durante por lo menos 80 horas al mes. Por lo tanto, le estamos brindando una actividad de trabajo cualificadora que le permitirá reunir los requisitos de ABAWD. Le hemos programado la siguiente cita con un proveedor de empleo:

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

Nombre del Proveedor: _____

Dirección del Proveedor: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Para indicaciones de viaje, favor de llamar a la New York City Transit Authority al **(718) 330-1234** o al **511**.

(Voltee la página)

Si usted no puede cumplir esta cita, favor de comunicarse con nosotros al número más arriba antes de la hora de su cita para programar nueva cita.

Si usted tiene un problema físico, psiquiátrico, o de aprendizaje que le dificulte trasladarse a ese local, favor de llamarnos al número más arriba.

Además de brindarle una actividad de trabajo cualificadora, la HRA le está brindando la oportunidad de reunirse voluntariamente con un proveedor de empleo quien evaluará sus necesidades de empleo y le brindará las actividades de capacitación y búsqueda de trabajo que le ayudarán a obtener trabajo remunerado.

Si usted considera que está exento(a) de los requisitos de trabajo (vea a continuación las exenciones), favor de traer a la cita la documentación pertinente consigo.

EL INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE TRABAJO DE ABAWD SIN MOTIVO JUSTIFICADO POR MÁS DE TRES MESES DURANTE UN PERÍODO DE 36 MESES RESULTARÁ EN LA REDUCCIÓN O TERMINACIÓN DE SUS BENEFICIOS DE SNAP.

Usted está exento de los requisitos de ABAWD si:

- tiene menos de 18 años de edad, o tiene 50 años de edad o más; o
- es adulto de un hogar de SNAP con un niño menor de 18 años de edad; o
- cuida a una persona discapacitada a tiempo completo; o
- está embarazada; o
- recibe compensación por discapacidad de Asuntos de Veteranos (VA); o
- recibe beneficios por discapacidad de parte de fuente pública o privada, como Seguro de Discapacitación del estado de NY o Seguro de Discapacitación de la Seguridad Social (SSDI); o
- es física o mentalmente inapto(a) para trabajar por lo menos 80 horas al mes; o
- se le determina inapto(a) para trabajar debido a la drogadicción; o
- recibe Beneficios del Seguro de Desempleo (UIB); o
- está inscrito(a) por lo menos a medio tiempo en cualquier escuela, programa de capacitación o instituto de educación superior reconocidos, siempre que haya reunido los requisitos de elegibilidad para estudiantes; o
- solicita SSI (Ingreso Suplementario de Seguridad) y SNAP, conforme a las disposiciones de tramitación conjunta hasta que se llegue a una determinación de SSI; o
- está empleado(a) o trabaja por cuenta propia y trabaja un mínimo de 30 horas a la semana o recibe ingresos semanales por lo menos equivalentes al salario mínimo federal multiplicado por 30.

¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica? ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? Nosotros podemos prestarle ayuda. Llámenos al 212-331-4640. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center Number: _____

Request to Remove Home Visit Needed/Homebound Status

I no longer want Home Visit Needed/Homebound (HVN/HB) status.

I do not want someone from the Human Resources Administration (HRA) to come to my home for appointments.

I know that by asking to have my HVN/HB status removed, I must go to an HRA office for all required in-person appointments. I also know that I may need to meet other eligibility requirements.

SAMPLE

Name: _____

Signature: _____

Date: _____

A medical or mental health condition or disability may make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking you to do. This kind of condition may make it hard for you to get other services at HRA. **If this is true for you, we can help you.** Call us at 718-557-1387. You have a right to ask for this kind of help under the law.



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Número del Centro: _____

Petición para la Cancelar el Estado de Necesidad de Visitas al Hogar/Confinamiento al Hogar

Ya no deseo el Estado de Necesidad de Visitas al Hogar/Confinamiento al Hogar (HVN/HB).

No deseo que un empleado de la Administración de Recursos Humanos (HRA) visite mi hogar para las citas.

Entiendo que al solicitar la cancelación del estado de HVN/HB, tendré que presentarme a una oficina de la HRA para todas las citas necesarias. Entiendo además que puede ser que tenga que cumplir otros requisitos de elegibilidad.

SAMPLE

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

El padecimiento de una afección o discapacidad médica o psiquiátrica puede impedirle entender este aviso o cumplir el mismo. Este tipo de afección puede obstruir el recibimiento de otros servicios de la HRA. **Si esta situación le corresponde a usted, nosotros podemos ayudarle.** Llámenos al 718-557-1387. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Notice of Scheduled Home Visit

- This notice is to let you know that someone from the Human Resources Administration (HRA) will visit your home. On _____, we spoke to you about this visit.

We agreed to schedule your home visit for:

Appointment Date: _____ Time: _____ AM PM

If you cannot keep this appointment, call us right away at: _____

- This notice is to let you know that we have not been able to talk with you to schedule a home visit. Call us at **718-557-1387** to let us know when someone can visit you at home. You must call us within five business days of receiving this notice.

The purpose of this home visit is to discuss:

- You must have the documents listed below when we do the home visit:

See next page

If you have any questions or cannot keep this appointment, call the telephone number on **page 1**. You must call us before the time scheduled for your home visit.

- This is a mandatory eligibility appointment.** If you do not keep this appointment or call us, your Cash Assistance and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits may end or be reduced.
- This is a nonmandatory eligibility appointment.**
- This is not an eligibility appointment.**

A medical or mental health condition or disability may make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking you to do. This kind of condition may make it hard for you to get other services at HRA. **If this is true for you, we can help you.** Call us at 718-557-1387. You have a right to ask for this kind of help under the law.

SAMPLE



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Aviso de Visita Programada al Hogar

- Por el presente este aviso le informamos que la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) visitará su hogar. El _____, hablamos con usted sobre esta visita.

Hemos acordado programar su cita según indicado a continuación:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ AM PM

Si usted no puede cumplir esta cita, por favor llámenos de inmediato al: _____

- Por el presente aviso le informamos que no hemos podido hablar con usted para programar una visita a su hogar. Llámenos al **718-557-1387** para informarnos cuándo podemos visitar su hogar. Usted debe llamarnos dentro de cinco días laborables de haber recibido este aviso.

El objetivo de esta visita al hogar es tratar siguiente tema:

- Usted debe tener los siguientes documentos durante nuestra visita a su hogar:

Vea la próxima página 

Si usted tiene alguna pregunta o si no puede cumplir esta cita, favor de llamar al número de teléfono en la **página 1**. Usted debe llamarnos antes de la hora programada de su visita al hogar.

- Ésta cita de elegibilidad es obligatoria.** Si usted no cumple esta cita o no nos llama, sus beneficios Asistencia en Efectivo y/o del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) se pueden terminar o reducir.
- Ésta cita de elegibilidad no es obligatoria.**
- Esta cita no es de elegibilidad.**

El padecimiento de una afección o discapacidad médica o psiquiátrica puede impedirle entender este aviso o cumplir el mismo. Este tipo de afección puede obstruir el recibimiento de otros servicios de la HRA. **Si esta situación le corresponde a usted, nosotros podemos ayudarle.** Llámenos al 718-557-1387. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

SAMPLE



Date: _____

Case Number: _____

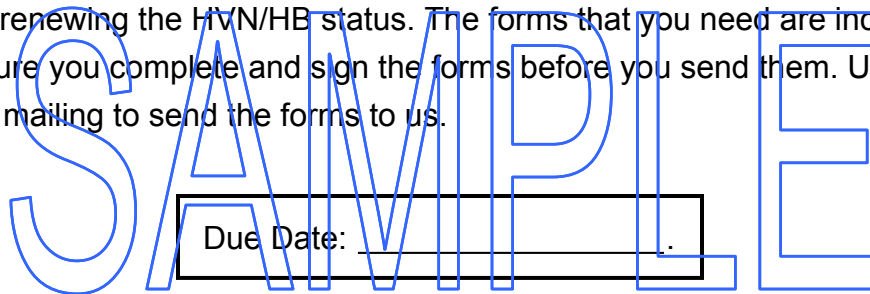
Case Name: _____

Center: _____

Want to Renew Home Visit Needed/Homebound Status?

The Home Visit Needed/Homebound (HVN/HB) status of _____ ends on _____. If the HVN/HB status is not renewed, _____ will have to go to an HRA office for in person appointments.

We need the most recent medical or clinical documents to renew your status. We need these to decide about renewing the HVN/HB status. The forms that you need are included in this mailing. Make sure you complete and sign the forms before you send them. Use the return envelope in this mailing to send the forms to us.



Forms Included:

- *Home Visit Needed Request Clinician Assessment Form (CAS-103)*. This must be signed by a medical or clinical provider.

You can give us a letter from your provider on their letterhead instead of this form.

The letter should tell us:

- your condition(s) and limitations.
- how they make it hard for you to get to HRA.
- how they make it hard to get benefits from HRA.
- if your condition(s) will improve.
- when your condition(s) will improve.

The letter should come from the provider who sees you for your condition(s).

Do you need help getting this information? If so, fill out and sign the form listed on **page 2**.

See next page 

- **HIPAA Authorization for the Disclosure of Individual Health Information Form (CAS-605).**

Make sure you write down the name and contact information for your provider on this form.
Send it to us and we will contact the provider.

Call us if you cannot return the documents and forms by _____. If you need help getting medical or clinical documents, call us and let us know. The number to call is _____.

If we do not get new documents by the due date, we will remove the HVN/HB status. You will have to come to an HRA office for in-person appointments.

You can call us for help at _____.

Please fax, email or mail the documents to us at:



Fax:

or



Email:

, or



Mail:

Location Name: _____

Address: _____

City: _____

State: _____

Zip: _____

SAMPLE

A medical or mental health condition or disability may make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking you to do. This kind of condition may make it hard for you to get other services at HRA. **If this is true for you, we can help you.** Call us at 718-557-1387. You have a right to ask for this kind of help under the law.



Fecha: _____

Número del Caso: _____

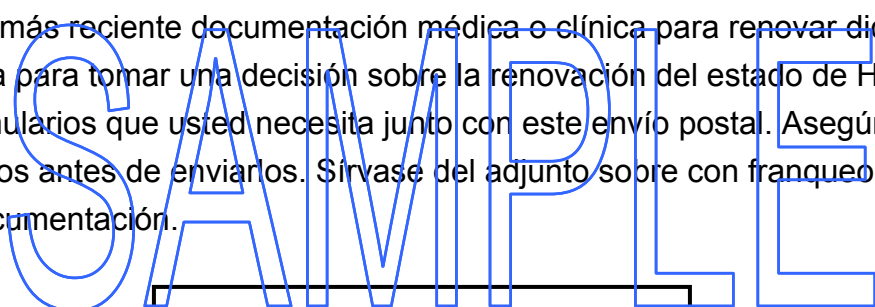
Nombre del Caso: _____

Centro: _____

¿Desea Renovar el Estado de Necesidad de Visitas al Hogar/Confinamiento al Hogar?

El estado de Necesidad de Visitas al Hogar/Confinamiento al Hogar (HVN/HB) de _____ se vence el _____. En caso de no renovarse el estado de HVN/HB, _____ tendrá que presentarse a una oficina de la HRA para citas en persona.

Necesitamos la más reciente documentación médica o clínica para renovar dicho estado. Ésta se necesita para tomar una decisión sobre la renovación del estado de HVN/HB. Se han incluido los formularios que usted necesita junto con este envío postal. Asegúrese de firmar y fechar los mismos antes de enviarlos. Sirvase del adjunto sobre con franqueo pagado para enviarnos la documentación.



Fecha Límite: _____

Formularios adjuntos:


- El formulario *Home Visit Needed Request Clinician Assessment Form (CAS-103)*. Este formulario lo debe firmar un proveedor médico o clínico.

En lugar del presente formulario, usted puede presentarnos una carta de parte de su proveedor en el membrete de éste. La carta debe indicar:

- sus afecciones y limitaciones.
- cómo éstas le dificultan trasladarse a la HRA.
- cómo éstas le dificultan obtener acceso a los beneficios de la HRA.
- si se mejorarán las afecciones.
- cuándo se mejorarán las afecciones.

La carta tiene que ser de parte del proveedor que atienda sus afecciones.

¿Necesita ayuda para obtener esta información? En caso afirmativo, llene y firme el formulario indicado en la **página 2**.

Vea la próxima página. 

- El *Formulario de Autorización HIPAA para la Divulgación de Información Médica Personal (CAS-605 [S])*.

Asegúrese de anotar en el presente formulario el nombre e información de contacto de su proveedor. Nosotros nos comunicaremos con el proveedor al usted enviarnos el presente.

Llámenos si usted no puede devolver los documentos y formularios para el _____. Si usted necesita ayuda para obtener los documentos médicos o clínicos, llámenos para avisarnos. Llame al siguiente número: _____.

Si nosotros no recibimos nueva documentación para la fecha límite, cancelaremos el estado de HVN/HB. Usted tendrá que presentarse a una oficina de la HRA para llevar a cabo citas en persona.

Usted puede llamarnos para solicitar ayuda al _____.

Por favor envíenos los documentos por fax, por correo electrónico o por correo postal a:



Fax:

SAMPLE

, 0



Correo electrónico:

, 0



Correo Postal:

Nombre del Local: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

El padecimiento de una afección o discapacidad médica o psiquiátrica puede impedirle entender este aviso o cumplir el mismo. Este tipo de afección puede obstruir el recibimiento de otros servicios de la HRA. Si esta situación le corresponde a usted, nosotros podemos ayudarle. Llámenos al 718-557-1387. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Notification of Unsupported Home Visit Needed/Homebound Status

The medical or clinical documents that we have in your case record do not support a need for Home Visit Needed/Homebound (HVN/HB) status. If you still need HVN/HB status, you must mail us new and updated medical or clinical documents to support your claim. Your doctor or clinician must sign the documents submitted.

You must send us the updated documents by the due date below. We sent a return envelope with this notice. Use this envelope to send us the documents. You will keep the HVN/HB status until we review your documents. We will send you a letter telling you the decision we make.

SAMPLE

Due Date: _____

Documentation:

- HIPAA Authorization for the Disclosure of Individual Health Information Form (**HRA-108**)
Note: HRA-108 is only needed if you are requesting our help getting medical or clinical documents.
- Home Visit Needed Request Clinician Assessment Form (**CAS-103**) signed by your medical or clinical provider. **Or** send us signed current medical or clinical documents on a provider's letterhead.

Call us immediately at **718-557-1387** if you cannot return the documents by the due date or if you need help getting the documents.

If we do not receive updated, completed and signed medical or clinical documents by the due date, your HVN/HB status will end. You will be required to come into a Human Resources Administration office for all future appointments.

See next page

You may call us for help at: **718-557-1387**.

Documents may be mailed, faxed or emailed to:

Center 90 :

Attn: HVN/HB Request



Address: 109 E. 16th Street
3rd Floor
New York, NY 10003



Fax: 917-639-2534



E-mail: FIAADADocs@hra.nyc.gov

If you are not able to provide the documents asked for by the due date on **page 1** or if you need help getting medical documents, please call **718-557-1387**.

If we do not receive completed and signed medical documents by the due date on **page 1**, your HVN/HB status may end.

A medical or mental health condition or disability may make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking you to do. This kind of condition may make it hard for you to get other services at HRA. **If this is true for you, we can help you.** Call us at 718-557-1387. You have a right to ask for this kind of help under the law.



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Aviso del Estado No Justificado de Necesidad de Visitas al Hogar/ Confinamiento al Hogar

La documentación médica o clínica que tenemos en su expediente de caso no justifica su solicitud del estado de Necesidad de Visitas al Hogar/Confinamiento al Hogar (HVN/HB). Si usted aún necesita el estado de HVN/HB, debe enviarnos por correo la documentación médica o clínica nueva y actualizada para justificar su reclamo. Su médico debe firmar todo documento presentado.

Usted debe enviarnos la documentación actualizada para la fecha de entrega indicada a continuación. Hemos enviado un sobre con dirección del remitente para que usted nos envíe por correo la documentación. Su estado de HVN/HB continuará hasta que nosotros revisemos su documentación. Nosotros le enviaremos una carta que le informará de nuestra determinación.

Fecha de entrega: _____.

Documentación:

- Formulario de Autorización HIPAA para la Divulgación de Información Médica Personal (**HRA-108 [S]**) Nota: El **HRA-108 (S)** sólo se necesita si usted desea solicitar nuestra ayuda para obtener documentación médica o clínica.
- El "Home Visit Needed Request Clinician Assessment Form" (**CAS-103**) firmado por su proveedor médico o clínico. **O** envíenos documentación médica o clínica actual firmada en membrete del proveedor.

Llámenos de inmediato al **718-557-1387**, si usted no puede devolver los documentos para la fecha de entrega o si necesita ayuda para obtener la documentación.

Si nosotros no hemos recibido la documentación médica o clínica actualizada, llenada y firmada para la fecha de entrega, se vencerá su estado de HVN/HB. En tal caso, usted se verá obligado(a) a presentarse a todas las citas futuras en las oficinas de la Administración de Recursos Humanos.

Vea la próxima página. 

Si necesita ayuda, usted puede llamarnos por teléfono al: **718-557-1387**.

Los documentos se pueden enviar por correo postal, fax o correo electrónico a:

Center 90 :

Attn: HVN/HB Request



Address: 109 E. 16th Street
3rd Floor
New York, NY 10003



Fax: 917-639-2534



E-mail: FIAADADocs@hra.nyc.gov

Si usted no puede proporcionar la documentación solicitada para la fecha de entrega en la **página 1** o si necesita ayuda para obtener documentación médica, favor de llamar al **718- 557-1387**.

Si nosotros no recibimos los documentos médicos llenados y firmados para la fecha de entrega en la **página 1**, se puede vencer el estado de HVN/HB.

SAMPLE



DON'T LOSE YOUR MEDICAID!

New York State recently sent you a letter telling you that you have to give us proof that you applied for Medicare. If you do not give us this proof by the date on the letter from New York State, your Medicaid case will close.

You can apply for Medicare online at <https://www.ssa.gov/medicare>, by calling **1-800-772-1213**, or by visiting a Social Security office.

After you apply for Medicare, you must give us the proof.

You can send it to us by:

 **FAX:** 212-896-5654
 **MAIL:** Special Projects Center
109 East 16th Street, 12th Floor
New York, NY 10003

DO NOT SEND YOUR MEDICARE APPLICATION TO US!

Why am I getting this notice?

- You are 65 years of age or older and do not have Medicare.
- When you turn age 65, you are required to apply for Medicare as a condition of eligibility for Medicaid.
- You must apply for Medicare coverage if it is available to you to continue to receive Medicaid benefits.
- If you don't apply for Medicare, you will lose your Medicaid coverage.

What is the difference between Medicare and Medicaid?

- Medicare is a federal health care coverage program for people age 65 or older. You may be eligible for Medicare regardless of your income. You may be entitled to additional medical benefits through this program.
- Medicaid is a State run program that covers medical expenses for people with low or limited incomes.

What do I have to do to continue to receive Medicaid?

- You must apply for Medicare coverage by the due date on the letter from the State. To apply for Medicare with the Social Security Administration,
 - Call **1-800-772-1213**, or
 - Apply on line at <https://ssa.gov/medicare/> or
 - Apply in person at a local Social Security Administration office.

(Turn page)

What do I have to do to continue to receive Medicaid? (continued)

- Send us proof that you applied:
 - Your award or denial letter from the Social Security Administration, **OR**
 - Your online confirmation letter stating that you have applied for Medicare with the Social Security Administration.
 - A copy of your Medicare card.
- Proof must be returned to the address on the front of this letter.

Do I have to pay to enroll in Medicare?

You usually don't pay a monthly premium for Medicare Part A (Hospital Insurance) coverage if you or your spouse paid Medicare taxes for a certain amount of time while working. This is sometimes called "premium-free Part A." Most people get premium-free Part A.

You have to pay a monthly premium for Medicare Part B supplemental coverage. Part B covers certain doctors' services, outpatient care, medical supplies and preventive services.

If you are not eligible for premium-free Part A Medicare, you still need to enroll in Medicare Part B and conditional Part A. Medicaid will pay these premiums for you through the Medicare Savings Program.

What is the Medicare Savings Plan?

The Medicare Savings Program (MSP) helps you pay your Medicare costs. This program has higher income level tests than the Medicaid program. It has no resource test. If you qualify, this program will pay your Medicare Part A (if applicable) and B premium. Depending upon your income, it may also cover co-pay and co-insurance costs.

How do I enroll in the Medicare Savings Program?

You don't have to do anything to enroll. We will do it for you.

Once we see that you have enrolled in Medicare, we will evaluate your eligibility for the Medicare Savings Program. You will receive a notice once you are enrolled. If you have questions or concerns about this you can call the HRA Medicaid Helpline at **1-888-692-6116** or visit your local Community Medicaid office. You can call 311 to find an office near you.

What if I need more time to apply for Medicare?

You may request an extension by calling the HRA Medicaid Helpline at **1-888-692-6116**. Failure to respond on time or ask for an extension before the due date may result in the closing of your Medicaid coverage.

If you have any questions about this letter, call the HRA Infoline at **718-557-1399**.

**** If you do not give us proof that you applied for Medicare, you will lose your Medicaid!****

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



¡NO PIERDA SU COBERTURA DE MEDICAID!

El gobierno del estado de Nueva York hace poco le envió una carta en la que le indicaba que debía entregarnos una constancia de que solicitó la cobertura de Medicare. Si no nos entrega esta constancia antes de la fecha que figura en la carta anteriormente mencionada, procederemos a cerrar su caso de Medicaid.

Puede solicitar la cobertura de Medicare por Internet visitando <https://www.ssa.gov/medicare>, llamando al **1-800-772-1213** o acudiendo a una oficina de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration).

Una vez que solicite la cobertura de Medicare, debe proporcionarnos una constancia.

Puede enviarla de la siguiente manera:

FAX: 212-896-5654

CORREO POSTAL: Special Projects Center
109 East 16th Street, 12th Floor
New York, NY 10003

¡NO NOS ENVÍE SU SOLICITUD DE MEDICARE!

¿Por qué recibí este aviso?

- Tiene 65 años o más y no tiene Medicare.
- Una vez que cumple 65 años, tiene la obligación de solicitar la cobertura de Medicare como condición para ser elegible para recibir Medicaid.
- Si está a su disposición, debe solicitar la cobertura de Medicare como condición para recibir los beneficios de Medicaid.
- Si no solicita la cobertura de Medicare, perderá su cobertura de Medicaid.

¿Cuál es la diferencia entre Medicare y Medicaid?

- Medicare es un programa federal de cobertura médica para personas de 65 años o más. Usted puede ser elegible para recibir la cobertura de Medicare independientemente de sus ingresos. Es posible que tenga derecho a recibir beneficios médicos adicionales a través de este programa.
- Medicaid es un programa dirigido por el estado que cubre los gastos médicos de personas con ingresos bajos o limitados.

¿Qué tengo que hacer para continuar recibiendo la cobertura de Medicaid?

- Debe solicitar la cobertura de Medicare antes del plazo que figura en la carta enviada por el gobierno del estado. Para solicitar la cobertura de Medicare ante la Administración del Seguro Social:
 - llame al **1-800-772-1213**;
 - presente la solicitud por Internet visitando <https://ssa.gov/medicare/> o
 - presente la solicitud en persona acudiendo a una oficina local de la Administración del Seguro Social.

(Continúa en la siguiente página)

¿Qué tengo que hacer para continuar recibiendo la cobertura de Medicaid? (Continuación)

- Envíenos una constancia de que presentó la solicitud:
 - su carta de adjudicación o rechazo por parte de la Administración del Seguro Social;
 - la carta de confirmación de Internet donde se confirme que usted ha solicitado la cobertura de Medicare ante la Administración del Seguro Social **O**
 - una copia de su tarjeta de Medicare.
- La constancia debe enviarse a la dirección que figura en la primera página de esta carta.

¿Tengo que pagar para inscribirme en Medicare?

Por lo general, no debe pagar ninguna prima mensual para la cobertura de la Parte A de Medicare (seguro hospitalario) si usted o su cónyuge pagaron los impuestos de Medicare durante un tiempo determinado mientras trabajaban. En ocasiones, esto se conoce con el nombre “Parte A sin primas”. La mayoría de las personas recibe los beneficios de la Parte A sin primas.

Es necesario que pague una prima mensual para recibir la cobertura complementaria de la Parte B de Medicare. La Parte B cubre ciertos servicios médicos, atención médica ambulatoria, suministros médicos y servicios preventivos.

Si no es elegible para recibir los beneficios de la Parte A sin primas de Medicare, aún deberá inscribirse en la Parte B de Medicare y en la Parte A condicional. Medicaid cubrirá estas primas a través del Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program).

¿De qué se trata el Programa de Ahorros de Medicare?

El Plan de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP) lo ayuda a pagar los costos de Medicare. Este programa tiene pruebas de niveles de ingresos más elevados que el programa de Medicaid y no tiene prueba de recursos. Si reúne los requisitos, este programa cubrirá las primas de la Parte A (si corresponde) y la Parte B de Medicare. De acuerdo con sus ingresos, es posible que también cubra los costos de copago y coseguro.

¿Cómo me inscribo en el Programa de Ahorros de Medicare?

No es necesario que haga nada para inscribirse, ya que nosotros lo haremos por usted.

Una vez que veamos que se ha inscrito en Medicare, evaluaremos su elegibilidad para el Programa de Ahorros de Medicare. Cuando se inscriba, recibirá un aviso. Si tiene preguntas o inquietudes sobre esto, puede llamar a la Línea de ayuda de Medicaid de la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration, HRA) al **1-888-692-6116** o acudir a una oficina de Medicaid en la comunidad local. Puede llamar al 311 para buscar una oficina cercana a su hogar.

¿Qué sucede si necesito más tiempo para solicitar la cobertura de Medicare?

Puede solicitar una prórroga llamando a la Línea de ayuda de Medicaid de la HRA al **1-888-692-6116**. Si no responde a tiempo ni solicita una prórroga antes del plazo indicado, es posible que pierda su cobertura de Medicaid.

Si tiene preguntas sobre esta carta, llame a la Línea de información (Infoline) de la HRA al **718-557-1399**.

**** ¡Si no nos entrega una constancia de que solicitó la cobertura de Medicare, perderá sus beneficios de Medicaid!****

¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica? ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? Nosotros podemos prestarle ayuda. Llámenos al 212-331-4640. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

>> Get help in your language

You have the right to respectful service every time you interact with us.

To report instances of discrimination, harassment, or retaliation or threats for reporting these, you can:



▶ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov



- ▶ Department of Social Services
718 291 4141
- ▶ NYC Commission on Human Rights
718 722 3131
- ▶ NY State Division of Human Rights
718 741 8400

>> Obtenga ayuda en su idioma.

Tiene derecho a recibir un servicio respetuoso cada vez que interactúe con nosotros.

Para informar sobre casos de discriminación, acoso, o represalias o amenazas por haber presentado una queja, puede:



▶ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov



- ▶ Departamento de Servicios Sociales
718 291 4141
- ▶ Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York 718 722 3131
- ▶ División de Derechos Humanos del estado de Nueva York 718 741 8400

繁體中文

>> 獲取您所用語言的協助。

您有權在每次與我們互動時，獲得受到尊重的服務。若要舉報遭受歧視、騷擾或因舉報而受到報復與威脅的情況，您可以：



▶ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov



社會服務局
718 291 4141



紐約市人權委員會
718 722 3131



紐約州人權署
718 741 8400

Русский

>> Получите помощь на своем языке.

Вы имеете право на уважительное обслуживание при каждом обращении к нам. Сообщить о случаях дискриминации и притеснения, об ответных мерах или угрозах можно следующим образом:



▶ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov



Департамент социальных служб
718 291 4141



Комиссия по правам человека г. Нью-Йорк
718 722 3131



Отдел по защите прав человека штата Нью-Йорк
718 741 8400

Kreyòl Ayisyen

>> Jwenn èd nan lang ou.

Ou gen dwa pou resevwa sèvis ak respè chak fwa ou pran kontak ak nou.

Pou pote plent pou moun ki fè diskriminasyon kont ou, tizonnen ou, oswa pran vanjans oswa menase ou paske ou pote plent pou bagay sa yo, ou kapab:



▶ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov



Depatman Sèvis Sosyal
718 291 4141



Komisyon Dwa Moun Vil New York
718 722 3131



Divizyon Dwa Moun Eta New York
718 741 8400

Français

>> Obtenez de l'aide dans votre langue.

Nous nous engageons à vous offrir un service courtois et respectueux chaque fois que vous prenez contact avec nous.

Pour signaler un cas de discrimination, de harcèlement ou de représailles/de menaces pour avoir signalé un cas de discrimination ou de harcèlement, vous pouvez:



▶ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov



Département des services sociaux
718 291 4141



Commission sur les droits de l'homme de la ville de New York 718 722 3131



Service des Droits de l'homme de l'État de New York 718 741 8400

« احصل على المساعدة بلغتك.

لك الحق في الحصول على خدمة تتسم بالاحترام في كل مرة تتواصل معنا.

لكي تبلغ عن أي حالة من حالات التمييز، أو التحرش، أو الانتقام أو التهديد، لكي تقوم بالإبلاغ عن هذه الحالات، يمكنك القيام بما يلي:

✉️ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

إدارة الخدمات الاجتماعية
718 291 4141

نيويورك لحقوق الإنسان مفوضية مدينة
718 722 3131

أو اتصل بإدارة حقوق الإنسان بولاية نيويورك
718 741 8400

» 获取您所用语言的帮助。

每次与我们互动时，您都有权获得给予尊重的服务。

如要举报遭受歧视、骚扰，或因举报而遭到报复或威胁的情况，您可以：

✉️ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

社会服务局
718 291 4141

纽约市人权委员会
718 722 3131

纽约州人权处
718 741 8400

» 여러분이 사용하는 언어로 지원받으세요.

저희에게 연락하시면 언제든지 적절한 서비스를 받으실 권리가 있습니다. 차별, 부당행위, 보복 또는 위협에 대한 사건을 신고하려면 다음 방식으로 연락하실 수 있습니다.

✉️ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

사회복지부
718 291 4141

뉴욕 시 인권위원회
718 722 3131

또는 뉴욕 주 인권부
718 741 8400

» Uzyskaj pomoc w swoim języku.

Ma Pan(i) prawo do pełnej szacunku obsługi za każdym razem podczas kontaktów z nami.

Aby zgłosić przypadki dyskryminacji, nękania, odwetu lub gróźb z powodu zgłoszenia takich przypadków, należy:

✉️ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

Wydział Usług Społecznych
718 291 4141

Komisja Praw Człowieka miasta NYC
718 722 3131

Wydział Praw Człowieka stanu Nowy Jork
718 741 8400

« اپنی زبان میں مدد حاصل کریں۔

آپ کو ہر بار ہم سے معاملہ کرتے وقت مؤدبانہ خدمت کا حق حاصل ہے۔

امتیازی سلوک، براسانی یا انتقامی کارروائی یا ان کی اطلاع دہنگی پر دھمکیوں کے واقعات کی رپورٹ کرنے کے لیے، آپ یہ کر سکتے ہیں:

✉️ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

محکمہ برائے سماجی خدمات
718 291 4141

NYC کے کمیشن برائے انسانی حقوق
718 722 3131

NY اسٹیٹ کے شعبہ برائے انسانی حقوق
718 741 8400

» আপনার ভাষায় সাহায্য পান।

আমাদের সঙ্গে প্রতিটি সাক্ষাতে সম্মানের সঙ্গে পরিষেবা পাওয়ার অধিকার আপনার আছে।

এই অভিযোগ জানানোর জন্য যদি আপনার সাথে বৈষম্য, হয়রানি বা প্রতিশোধ বা হুমকির ঘটনা ঘটে, তাহলে আপনি:

✉️ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

সমাজসেবা বিভাগ
718 291 4141

NYC মানবাধিকার কমিশন
718 722 3131

NY স্টেটের মানবাধিকার বিভাগ
718 741 8400

APPEAL RELATED REQUEST FOR MEDICAL/CLINICAL INFORMATION

You have appealed the Agency's determination to deny your request for a reasonable accommodation that requires medical/clinical documentation. Please follow the instructions below.

INSTRUCTIONS AND INFORMATION

- Please have your provider complete **pages 3 and 4** of this form. We need this information to make a decision about your reasonable accommodation appeal request. If you want to send the pages to us yourself, you can do so by mail to:

Human Resources Administration
ADA Compliance Officer
150 Greenwich Street, 42nd Floor
New York, NY 10007

You may also fax the forms to **917-639-0333**, email to RARappeals@hra.nyc.gov or give them to your worker.

- Please sign the HIPAA Authorization on **page 6** if you want your provider to send the forms to us. This will let us discuss information with your provider. Your provider should send us **pages 3 and 4** of this form. We will also accept signed documentation on the licensed provider's letterhead.

- You (or your provider) must provide us with any medical/clinical documents that support your request **within thirty (30) days**.

- You are responsible for returning documents to us (or making sure that your provider does) in support of this reasonable accommodation appeal request.

- We will review all documentation provided to us and send you a written notice about our decision on your Reasonable Accommodation Appeal Request.

(Turn page)

NEED HELP GETTING DOCUMENTS?

- If you need help getting documents from your provider, please sign and return the HIPAA Authorization on **pages 5 and 6**. This will let us talk to your provider and get the documents we need.
- If your conditions make it hard for you to get medical/clinical documentation in support of your reasonable accommodation appeal request, please call us at **212-331-4640** for help.

SAMPLE

(Turn page)

REQUEST FOR MEDICAL/CLINICAL INFORMATION

INSTRUCTIONS FOR PROVIDER

Your patient has requested that the New York City Human Resources Administration (HRA) provide him/her with a reasonable accommodation/modification in order to receive meaningful access to HRA's programs, benefits and services. Please provide a detailed description of the specific physical and/or mental condition(s) that affects the patient's ability to perform certain tasks and engage in certain activities, any reasonable accommodation needed and the relationship between the accommodation and the patient's disability or condition. You may attach additional medical information to the forms as needed.

Please fax this completed form to 917-639-0333 or return this to the patient.

Name of Patient (Please Print): _____ **Date of Birth:** _____

Social Security Number, if known: _____ **Case Number**, if known: _____

Name of Provider: _____

**Address of
Provider:** _____

**Telephone Number
of Medical Provider:** _____

1) Please state patient's medical and/or mental health condition(s):

SAMPLE

2) Please provide a detailed description of the specific physical and/or mental health restrictions/limitations affecting the patient's ability to perform certain tasks and engage in certain activities. Please describe how this affects the patient's ability to travel and participate in HRA appointments.

(Turn page)

3) Indicate whether the patient's condition(s) is permanent, chronic or temporary. If the patient's condition(s) is temporary, please state its anticipated duration.

4) Indicate what treatment if any the patient is currently receiving associated with his/her medical and/or mental health conditions(s) including, but not limited to, any medication or therapy.

5) Please describe the reasonable accommodation needed by the patient and how the accommodation will assist the patient with their medical and/or mental health conditions.

6) Does the patient's physical and/or mental health condition(s) make it difficult for the patient to perform the following activities? (If so, please fully describe the difficulties the patient has for each checked box):

Walking and/or Climbing Stairs: Describe: _____

Traveling and/or Taking Public Transportation: Describe: _____

Cognitive Functions (i.e. concentrating, remembering, understanding). Describe: _____

Sitting or Standing for extended periods of time. Describe: _____

Being in crowded places. Describe: _____

Licensed Provider's Signature: _____ **Date:** _____

Provider's License number: _____

(Turn page)

HIPAA AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF INDIVIDUAL HEALTH INFORMATION

Patient Name: _____

Patient Address: _____

Social Security Number: _____ Date of Birth: _____

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be released as set forth on this form. In accordance with Article 27-F of the New York State Public Health Law, the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), and 42 U.S.C. § 290dd-2 and its implementing regulations at 42 C.F.R. Part 2, I understand that:

1. This authorization may include disclosure of information relating to **ALCOHOL and DRUG ABUSE, MENTAL HEALTH TREATMENT**, except psychotherapy notes, and **CONFIDENTIAL HIV* RELATED INFORMATION** only if I place my initials on the appropriate line in Item 10(b). In the event the health information described below includes any of these types of information, and I initial the line on the box in Item 10(b), I specifically authorize release of such information indicated in Item 10(b) to the NYC Human Resources Administration (HRA).
2. In the event that HRA determines that I am potentially eligible for federal disability benefits, I authorize HRA to release my medical and/or mental health treatment information, which may include confidential HIV related information and/or alcohol or drug treatment records to the Social Security Administration (SSA) for its review of my eligibility for federal disability benefits.
3. I understand that I have the right to request a list of people who may receive or use my HIV related information without authorization. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at **212-961-8650** or the New York City Commission of Human Rights at **212-306-7450**. These agencies are responsible for protecting my rights.
4. I understand that signing this authorization is voluntary. My treatment, payment to treatment providers, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure. However, if I do not authorize HRA to share my medical information with SSA, this may result in a discontinuance of my Cash Assistance (CA) benefits.

* **Human Immunodeficiency Virus causes AIDS. The New York State Public Health Law protects information which reasonably could identify someone as having HIV symptoms, infection, or AIDS, or that reasonably could identify someone who may have been exposed to HIV or AIDS through contact with a protected individual.**

(Turn page)

5. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that HRA and my medical provider have already acted upon it.

I may revoke this authorization at any time by writing to the health care provider at the address specified below and to HRA at: **NYC Human Resources Administration, Office of Constituent Services, 150 Greenwich Street, 35th Floor, New York, NY 10007.**

6. Authorized recipients of my medical information may, in certain instances, have the right to redisclose my medical documentation without the need to obtain additional written consent from me. I understand that such redisclosures may no longer be protected by federal or state law.

7. **This authorization does not authorize my medical provider to discuss my health information or medical case with anyone other than the NYC Human Resources Administration as specified in item 10(b).**

AUTHORIZATION TO DISCUSS HEALTH INFORMATION	
8. Name and address of health provider or entity to release this information:	_____
9. Name and address of agency to whom this information will be sent:	NYC Human Resources Administration, ADA Compliance Officer, 150 Greenwich Street, 42nd Floor, New York, NY 10007.
10(a). Specific information to be released: Medical Records for the entire year prior to the signature date below. Include (indicate by initialing):	
<input type="checkbox"/> Alcohol/Drug Treatment	<input type="checkbox"/> Mental Health Information
<input type="checkbox"/> HIV Related Information	
10(b). By initialing here _____, I authorize _____	
(initials)	(Name of individual health care provider)
to discuss my health information with the NYC Human Resources Administration.	
11. Reason for release of information:	At request of patient
12. Date or event on which this authorization will expire:	One year from that date of signature
13. If not the patient, name of person signing form:	_____
14. Authority to sign on behalf of patient:	_____

All items on this form have been completed and my questions about this form have been answered. In addition, I have been provided with a copy of the form.

Signature of Patient or Authorized Representative by Law

Date

PETICIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA/CLÍNICA RELACIONADA CON LA APELACIÓN

Usted ha apelado la determinación de la agencia de denegar su petición de arreglo razonable que requiere documentación médica/clínica. Favor de seguir las instrucciones más abajo.

INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN

- Favor de pedirle a su proveedor que rellene **las páginas 3 y 4** de este formulario. Necesitamos esta información para tomar una decisión respecto a su petición de apelación de arreglo razonable. Si usted desea enviarnos estas páginas por cuenta propia, envíelas por correo a:

Human Resources Administration
ADA Compliance Officer
150 Greenwich Street, 42nd Floor
New York, NY 10007

También puede faxear los formularios al **917-639-0333**, enviarlos por correo electrónico a ARappeals@hra.nyc.gov o entregárselos a su trabajador

- Favor de firmar la Autorización de HIPAA en **la página 6**, si usted desea que su proveedor nos envíe los formularios. Esto nos permitirá tratar de la información con su proveedor. Su proveedor debe enviarnos **las páginas 3 and 4** de este formulario. También aceptaremos documentación firmada en pape con membrete del proveedor con licencia.

- Used (o su proveedor) debe proporcionarnos todos los documentos médicos/clínicos que justifiquen su solicitud **dentro de treinta (30) días**

- Usted es responsable de devolvemos los documentos (o asegurarse de que su proveedor lo haga) para justificar esta petición de apelación de arreglo razonable.

- Nosotros revisaremos toda la documentación proporcionada y le enviaremos a usted un aviso por escrito de nuestra decisión respecto a su petición de apelación de arreglo razonable.

(Voltee la página)

¿NECESITA AYUDA PARA OBTENER DOCUMENTOS?

- Si usted necesita ayuda para obtener documentos de su proveedor, favor de firmar y devolver la Autorización HIPAA en las **páginas 5 y 6**. Esto nos permitirá hablar con su proveedor y obtener los documentos que necesitamos.
- Si su situación le dificulta obtener documentación médica/clínica para justificar su petición de apelación de arreglo razonable, favor de llamarnos al **212-331-4640** para ayuda.

SAMPLE

(Voltee la página)

PETICIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA/CLÍNICA

INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR

Su paciente ha solicitado que la Administración de Recursos Humanos (HRA por sus siglas en inglés) le conceda un arreglo/modificación razonable a fin de recibir acceso efectivo a los programas, beneficios y servicios de la HRA. Favor de proporcionar una descripción detallada de la(s) afección(es) física(s) y/o mental (es) que le impiden al paciente desempeñar ciertas tareas y participar en ciertas actividades, cualquier arreglo razonable necesario y la relación entre el arreglo y la discapacidad o estado del paciente. Usted puede adjuntar información médica adicional a los formularios, según necesario.

**Favor de faxear este formulario relleno al 917-639-0333,
o devolvérselo al paciente.**

Nombre del paciente (en letra de molde):

Fecha de nacimiento:

Número de seguridad social, de saberlo:

Número del caso, de saberlo:

Nombre del proveedor:

Dirección
del proveedor:

Número de teléfono
del proveedor médico:

1) Favor de indicar la(s) afección(es) médica(s) y/o psiquiátrica(s) del paciente:

SAMPLE

2) Favor de proveer una descripción detallada de las restricciones/limitaciones específicas que afecten la capacidad del paciente de realizar ciertas tareas y de participar en ciertas actividades. Favor de describir cómo esto afecta la capacidad del paciente de transportarse y de participar en citas de la HRA.

(Voltee la página)

3) Indique si la(s) afección(es) del paciente es/son permanentes, crónicas o temporarias. Si las afección(es) del paciente es/son temporaria(s), favor de indicar la duración anticipada.

4) Indique qué tratamientos, de haberlos, el paciente recibe actualmente asociados con su (s) afección(es) médicas y/o psiquiátricas, incluidos, sin limitarse a, todo medicamento o terapia.

5) Favor de describir el arreglo razonable necesario para el paciente y cómo dicho arreglo ayudará al paciente con sus afecciones médicas y/o psiquiátricas.

6) ¿Le dificultan al paciente su(s) afección(es) físicas y/o psiquiátricas participar en las siguientes actividades? (En caso afirmativo, favor de describir en detalle las dificultades que el paciente experimenta para cada casilla marcada):

Caminar y/o subir escaleras: Descripción: _____

Transportarse y/o viajar por transporte público: Descripción:

Funciones cognitivas (p.ej., concentración, memoria, comprensión). Descripción: _____

Permanecer sentado(a) o parado(a) por tiempo prolongado . Descripción: _____

Estar en sitios concurridos. Descripción: _____

Firma del proveedor con licencia: _____ Fecha: _____

Número de licencia del proveedor: _____

(Voltee la página)

AUTORIZACIÓN HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

Nombre del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Número de Seguridad Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, o mi representante autorizado, solicito/a que se divulgue la información médica respecto a mi cuidado y tratamiento tal como se estipula en el presente formulario. Conforme al Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, la Regla de Confidencialidad de la Ley de 1996 de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA), y 42 U.S.C. § 290dd-2 y las reglas de implementación en 42 C.F.R.

Parte 2, entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con **ALCOHOLISMO y DROGADICCIÓN, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON VIH*** sólo si anoto mis iniciales en la línea indicada en el Artículo 10(b). En caso de que la información médica detallada a continuación incluya cualquiera de este tipo de datos, y de que yo anote mis iniciales en la casilla en el Artículo 10(b), autorizo explícitamente la divulgación de tal información indicada en el Artículo 10(b) por la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (NYC HRA).
2. En caso de que la HRA determine que yo sea posiblemente elegible para beneficios federales para discapacitados, autorizo a la HRA para que divulgue mis datos de tratamiento médico y/o de salud mental, lo que puede incluir información confidencial relacionada con VIH y/o expedientes de tratamiento para alcoholismo o drogadicción a la Administración de Seguro Social (SSA) para que revise mi elegibilidad para beneficios federales para discapacitados.
3. Entiendo que tengo derecho de solicitar una lista de las personas quienes pudieran recibir o utilizar mis datos relacionados con VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación de información relacionada con VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al **(212) 961-8650** o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al **(212) 306-7450**
4. Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago a los proveedores del mismo, la inscripción en un plan médico, o la elegibilidad para beneficios no estarán sujetos a condiciones, al yo autorizar esta divulgación. No obstante, si yo no autorizo a la HRA para compartir mis datos médicos con la SSA, esto puede resultar en la discontinuación de mis beneficios de Asistencia en Efectivo (CA por sus siglas en inglés).

★ **El Virus de Inmunodeficiencia Humana causa el SIDA. La Ley de Salud Pública de Nueva York protege la información que pueda identificar dentro de lo razonable a una persona con síntomas o infección de VIH o SIDA, o identificar dentro de lo razonable a alguien que pueda haber sido expuesto al VIH o SIDA mediante contacto con una persona protegida.**

(Voltee la página)

5. Entiendo que yo puedo anular esta autorización excepto en la medida que la HRA y mi proveedor médico ya la hayan cumplido.

Puedo anular esta autorización en cualquier momento al escribir al proveedor médico a la dirección de la HRA indicada a continuación: **NYC Human Resources Administration, Office of Constituent Services, 150 Greenwich Street, 35th Floor, New York, NY 10007.**

6. Bajo ciertas circunstancias, los destinatarios autorizados de mis datos médicos pueden tener derecho a divulgar nuevamente mi documentación médica, sin tener que obtener consentimiento adicional por escrito de parte mía. Entiendo que tal nueva divulgación puede carecer del amparo de la ley federal o estatal.

7. **Esta autorización no le concede a mi proveedor el derecho de tratar con nadie de mi información médica o de mi caso médico excepto con la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York, como se estipula en el artículo 10(b).**

AUTORIZACIÓN PARA TRATAR DE INFORMACIÓN MÉDICA

8. Nombre y dirección del proveedor médico o entidad autorizados para divulgar esta información:

9. Nombre y dirección de la agencia a la cual se enviará esta información. **NYC Human Resources Administration, ADA Compliance Officer, 150 Greenwich Street, 42nd Floor, New York, NY 10007.**

10(a). Información concreta a divulgarse: **Los expedientes médicos para todo el año previo a la fecha de la firma a continuación.** Incluya *(Indique con sus iniciales)*:

- Tratamiento para Alcoholismo/ Drogadicción Información Psiquiátrica
 Información relacionada con VIH

10(b). Al anotar mis iniciales aquí _____, autorizo a _____
(iniciales) (Nombre del proveedor de cuidado médico particular)

para tratar de mi información médica con la **Administración de Recursos Humanos de la ciudad de Nueva York.**

11. Motivo de la divulgación de datos: **A petición del paciente**

12. Fecha o circunstancia en que se vencerá esta autorización: **Un año desde la fecha de la firma**

13. A no ser la firma del paciente, nombre del firmante: _____

14. Autoridad para firmar a nombre del paciente: _____

Se han rellenado todos los artículos presentados en este formulario, y se han contestado mis preguntas respecto a este formulario. Además, se me ha proporcionado una copia del formulario.

Firma del paciente o representante legalmente autorizado(a)

Fecha

Expiration Date: _____

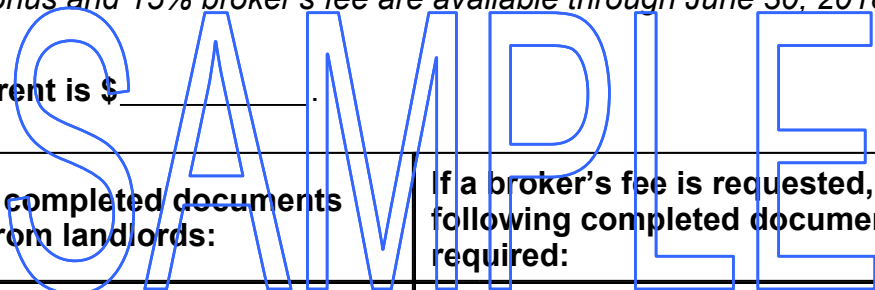
Potential Eligibility for Family Homelessness and Eviction Prevention Supplement (FHEPS)

_____ is potentially eligible for the FHEPS program, subject to her/him locating an apartment and final approval of her/his FHEPS application.

The FHEPS program helps eligible families secure permanent housing. Landlords agreeing to rent to FHEPS clients will receive the full first month's rent in advance plus the next three (3) months FHEPS rent supplement, as well as a \$3500 lease signing bonus. Landlords may also request a reservation incentive equal to one month's rent, if they agree to hold the apartment for 30 days. Brokers may receive a broker's fee of up to 15% annual rent.*

* The signing bonus and 15% broker's fee are available through June 30, 2018.

The maximum rent is \$ _____.



<p>The following completed documents are required from landlords:</p>	<p>If a broker's fee is requested, the following completed documents are also required:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Signed lease or agreement in writing to rent apartment for one year 2. Security Voucher (W-147n) 3. Landlord's W-9 (needed to receive \$3,500 landlord bonus) 4. Unit Hold Incentive Voucher (HRA-145), if requested 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Landlord/Managing Agent's Statement (W-147m) 2. Broker's Request for Enhanced Fee Payment by Check (HRA-121) 3. Copy of broker's license

For more information on the FHEPS program please visit www.nyc.gov/hra.

If you have any questions, please contact _____.
 (Contact Name and Number)

CA#: _____

CARES # (if applicable): _____

Fecha de Vencimiento: _____

Posible Elegibilidad para el Suplemento de la Prevención de Desahucio y del Estado sin Techo de Familias (FHEPS)

Es posible que _____ reúna los requisitos del programa de FHEPS, según su capacidad para conseguir apartamento y la aprobación final de su solicitud de FHEPS.

El programa de FHEPS ayuda a las familias elegibles a conseguir la vivienda permanente. Los caseros que acuerden alquilar a los clientes de FHEPS recibirán por adelantado el alquiler total del primer mes más el suplemento de alquiler de tres (3) meses de FHEPS, al igual que un bono de \$3500 por la firma del contrato de arrendamiento. Además, los caseros pueden solicitar incentivo de reserva que equivalga al alquiler de un mes, si acuerdan reservar el apartamento por hasta 30 días. Los agentes inmobiliarios pueden recibir una cuota de agente de hasta el 15% del alquiler anual.*

* El bono por la firma y la cuota del agente del 15% están disponibles hasta el 30 de junio del 2018.

El alquiler máximo suma \$ _____.

Es necesario que los caseros presenten los siguientes documentos llenados:	En caso de solicitar cuota del agente, es necesario además presentar los siguientes documentos llenados:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Contrato de arrendamiento o acuerdo por escrito de alquilar el apartamento por un año firmados 2. Security Voucher (W-147n) 3. El W-9 del casero (necesario para recibir el bono del casero de \$3,500) 4. Unit Hold Incentive Voucher (HRA-145), a petición. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Landlord/Managing Agent's Statement (W-147m) 2. Broker's Request for Enhanced Fee Payment by Check (HRA-121) 3. Una copia de la licencia del agente

Para más información sobre el programa de FHEPS, por favor visite www.nyc.gov/hra.

Ante cualquier pregunta, por favor comuníquese con _____
 (Nombre y número de contacto)

Núm. de CA: _____

Núm. de CARES (si corresponde): _____

» Get help in your language

You have the right to respectful service every time you interact with us.

To report instances of discrimination, harassment, or retaliation or threats for reporting these, you can:



▶ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov



▶ Department of Social Services
718 291 4141

▶ NYC Commission on Human Rights
718 722 3131

▶ NY State Division of Human Rights
718 741 8400

Español

» Obtenga ayuda en su idioma.

Tiene derecho a recibir un servicio respetuoso cada vez que interactúe con nosotros.

Para informar sobre casos de discriminación, acoso, o represalias o amenazas por haber presentado una queja, puede:

✉ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

Departamento de Servicios Sociales
718 291 4141

Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York 718 722 3131

División de Derechos Humanos del estado de Nueva York 718 741 8400

繁體中文

» 獲取您所用語言的協助。

您有權在每次與我們互動時，獲得受到尊重的服務。若要舉報遭受歧視、騷擾或因舉報而受到報復與威脅的情況，您可以：

✉ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

社會服務局
718 291 4141

紐約市人權委員會
718 722 3131

紐約州人權署
718 741 8400

Français

» Obtenez de l'aide dans votre langue.

Nous nous engageons à vous offrir un service courtois et respectueux chaque fois que vous prenez contact avec nous.

Pour signaler un cas de discrimination, de harcèlement ou de représailles/de menaces pour avoir signalé un cas de discrimination ou de harcèlement, vous pouvez:

✉ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

Département des services sociaux
718 291 4141

Commission sur les droits de l'homme de la ville de New York 718 722 3131

Service des Droits de l'homme de l'État de New York 718 741 8400

한국어

» 여러분이 사용하는 언어로 지원받으세요.

저희에게 연락하시면 언제든지 적절한 서비스를 받으실 권리가 있습니다. 차별, 부당행위, 도발 또는 위협에 대한 사건을 신고하려면 다음 방식으로 연락하실 수 있습니다.

✉ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

사회복지부
718 291 4141

뉴욕 시 인권위원회
718 722 3131

또는 뉴욕 주 인권부
718 741 8400

Kreyòl Ayisyen

» Jwenn èd nan lang ou.

Ou gen dwa pou resevwa sèvis ak respè chak fwa ou pran kontak ak nou.

Pou pote plent pou moun ki fè diskriminasyon kont ou, tizonnen ou, oswa pran vanjans oswa menase ou paske ou pote plent pou bagay sa yo, ou kapab:

✉ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

Depatman Sèvis Sosyal
718 291 4141

Komisyon Dwa Moun Vil New York
718 722 3131

Divizyon Dwa Moun Eta New York
718 741 8400

عربي

» احصل على المساعدة بلغتك.

لك الحق في الحصول على خدمة تتسم بالاحترام في كل مرة تتواصل معنا.

لكي تبلغ عن أي حالة من حالات التمييز، أو التحرش، أو الانتقام أو التهديد، لكي تقوم بالإبلاغ عن هذه الحالات، يمكنك القيام بما يلي:

✉ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

إدارة الخدمات الاجتماعية
718 291 4141

نيويورك لحقوق الإنسان مفوضية مدينة
718 722 3131

أو اتصل بإدارة حقوق الإنسان بولاية نيويورك
718 741 8400

Русский

» Получите помощь на своем языке.

Вы имеете право на уважительное обслуживание при каждом обращении к нам.

Сообщить о случаях дискриминации и притеснения, об ответных мерах или угрозах можно следующим образом:

✉ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

Департамент социальных служб
718 291 4141

Комиссия по правам человека г.Нью-Йорка
718 722 3131

Отдел по защите прав человека штата Нью-Йорк
718 741 8400

Polski

» Uzyskaj pomoc w swoim języku.

Ma Pan(i) prawo do pełnej szacunku obsługi za każdym razem podczas kontaktów z nami.

Aby zgłosić przypadki dyskryminacji, nękania, odwetu lub gróźb z powodu zgłoszenia takich przypadków, należy:

✉ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

Wydział Usług Społecznych
718 291 4141

Komisja Praw Człowieka miasta NYC
718 722 3131

Wydział Praw Człowieka stanu Nowy Jork 718 741 8400

اردو

» اپنی زبان میں مدد حاصل کریں۔

آپ کو ہر بار ہم سے معاملہ کرتے وقت مؤدبانہ خدمت کا حق حاصل ہے۔

امتیازی سلوک، برائستی یا انتقامی کارروائی یا ان کی اطلاع دہندگی پر دھمکیوں کے واقعات کی رپورٹ کرنے کے لیے، آپ یہ کر سکتے ہیں:

✉ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

محکمہ برائے سماجی خدمات
718 291 4141

NYC کے کمیشن برائے انسانی حقوق
718 722 3131

NY اسٹیٹ کے شعبہ برائے انسانی حقوق
718 741 8400

বাংলা

» আপনার ভাষায় সাহায্য পান।

আমাদের সঙ্গে প্রতিটি সাক্ষাতে সম্মানের সঙ্গে পরিষেবা পাওয়ার অধিকার আপনার আছে।

এই অভিযোগ জানানোর জন্য যদি আপনার সাথে বৈষম্য, হুমরাহি বা প্রতিশোধ বা হুমকির ঘটনা ঘটে, তাহলে আপনি:

✉ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

সমাজসেবা বিভাগ
718 291 4141

NYC মানবাধিকার কমিশন
718 722 3131

NY স্টেটের মানবাধিকার বিভাগ
718 741 8400

简体中文

» 获取您所用语言的帮助。

每次与我们互动时，您都有权获得给予尊重的服务。

若要举报遭受歧视、骚扰，或因举报而遭到报复或威胁的情况，您可以：

✉ ConstituentAffairs@dss.nyc.gov

社会服务局
718 291 4141

纽约市人权委员会
718 722 3131

纽约州人权处
718 741 8400



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Shelter Arrears Repayment Agreement Worksheet (Use for EAF and SNA Applicants Only)

APPLICANT INFORMATION (To be completed by the JOS/Worker.)

A. Print Name: _____
Last Name First Name M.I.

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

- B. 1. Is the household eligible for EAF? (Refer to Determination of Eligibility for Emergency Assistance to Needy Families, form **W-145TT**). Yes No
If Yes, a repayment agreement is not required (see exception in the Note below)
If No, go to Question 2.
2. Is the household applying for recurring SNA? Yes No
If Yes, see the asterisk (*) below and proceed to Section C.
If No, proceed to question 3.
3. Is the household applying for ESNA assistance? Yes No
If Yes, proceed to Section C.
If No, reevaluate category of assistance. Return to question 1.

Note: If shelter arrears are paid under Emergency Assistance to Needy Families (EAF), any amount that exceeds the maximum monthly shelter allowance is to be recovered. Complete the Emergency Assistance to Needy Families (EAF) Agreement to Repay Excess Shelter Arrears (**W-147KK**).

For applicants found eligible under recurring Family Assistance (FA) or Safety Net Assistance (SNA), any amount that exceeds the maximum monthly shelter allowance is to be recouped. Complete the PA Recoupment Data Entry Form – WMS (**LDSS-3573**) and enter the recoupment in the Welfare Management System (WMS).

* If the applicant is applying for recurring SNA but eligibility has not yet been established for recurring assistance, the Repayment Agreement should be signed in the event that the recurring case is not opened. If the recurring case is opened, the Repayment Agreement is null and void and the arrears should be claimed under the recurring SNA. In this situation, any arrears that exceed the maximum shelter standards for the month of application and/or for any prior months must be recouped from future SNA grants.

Shelter Arrears Repayment Agreement Worksheet (continued)

C. Household size: _____ (Include all persons residing in the applicant's house or apartment.)

D. The household's gross monthly income at the time of application: \$ _____
(Include all earned and unearned income [including SSI] for all persons residing in the applicant's household.)

125% of the 2018 Federal Poverty Level Guidelines

Size of Household	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	For Each Additional Household Member:
Monthly Amount (Rounded)	\$1,265	\$1,715	\$2,165	\$2,615	\$3,065	\$3,515	\$3,965	\$4,415	\$4,865	\$5,314	\$450

E. 125% of the Federal poverty level for the household size in Section C: \$ _____

F. Does the amount in Section E exceed the amount in Section D?

- SAMPLE

 - Yes. Applicant is eligible for ESNA shelter arrears payment. Complete the Emergency Safety Net Assistance (ESNA) Shelter Arrears Repayment Agreement (W-147H) form.
 - No. Applicant is ineligible for an ESNA shelter arrears payment.

G. Total arrears requested: \$ _____

H. Estimated monthly repayment amount: \$ _____ (The amount in Section G divided by 12.)

Consent for Release of Information to an Employment Vendor Concerning Alcohol/Drug Abuse Patient

Participant's Name: _____ **Case Number:** _____

INSTRUCTIONS: Prepare an original for the participant's Case Record. If this form is sent to another agency with a request for information, prepare a copy and maintain the original in the participant's Case Record.

DISCLOSURE WITH PARTICIPANT'S CONSENT

I, the undersigned, give permission for the Human Resources Administration (HRA) and the contractor it designates to disclose information to:

Name of Employment Vendor

OBSOLETE

This information will include:

- results of my CASAC evaluation.
- the name, address and telephone number of the treatment program, as well as the number of hours I am required to attend if I was referred to a treatment program.

I, the undersigned, have read the above and authorize HRA and/or its CASAC contractor to disclose such information as herein contained. I understand that this consent may be withdrawn by me at anytime except to the extent that action has been taken in reliance upon it. This consent shall expire one (1) year from its signing, unless a different time period, event or condition is specified below, in which case such time period, event or condition shall apply. I also understand that any disclosure is bound by Title 42 of the Code of Federal Regulations governing the confidentiality of alcohol and drug abuse patient records and that redisclosure of this information to a party other than the one designated above is forbidden without additional written authorization on my part.

Time period, event or condition replacing period specified above:

Upon termination of Cash Assistance.

Name of Participant

Signature of Participant

Date Signed



Participant's Name: _____

Social Security No.: _____

Address: _____

**Consent for Release of Information from Treatment Program Concerning
Alcohol/Drug Abuse Patient**

INSTRUCTIONS: Prepare an original for the participant's Case Record. If this form is sent to another agency with a request for information, prepare a copy, and maintain the original in the participant's Case Record.

DISCLOSURE WITH PARTICIPANT'S CONSENT

OBSOLETE

I, the undersigned, give permission for:

Treatment Program: _____

Treatment Program Address: _____

to disclose information about my treatment and recovery, including diagnosis, work history, functional limitations, progress in treatment and employment preparation services received, to:

Employment Program: _____

for the purpose of receiving employment preparation and job placement services.

I, the undersigned, have read the above and authorize the staff of the treatment program designated above to disclose such information as herein contained. I understand that this consent may be withdrawn by me at any time except to the extent that action has been taken in reliance upon it. This consent shall expire one (1) year from its signing, unless a different time period, event or condition is specified below, in which case such time period, event or condition shall apply. I also understand that any disclosure is bound by Title 42 of the Code of Federal Regulations governing the confidentiality of alcohol and drug abuse patient records and that redisclosure of this information to a party other than the one designated above is forbidden without additional written authorization on my part.

Time period, event or condition replacing period specified above:

Six (6) months post employment _____

Participant's Name (print)

Signature of Participant

Date



Nombre del Participante: _____

Núm de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Consentimiento para Revelar Información del Programa de Tratamiento del Paciente con Respecto al Abuso de Alcohol/Drogas

INSTRUCCIONES: Prepare un original para el Expediente de Caso del participante. Si éste formulario es enviado a otra agencia con una petición para información, prepare una copia y mantenga la original en el Expediente de Caso del participante.

OBSOLETE

REVELACIÓN CON EL CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE

Yo, el suscrito doy permiso al:

Programa de Tratamiento: _____

Dirección de Programa de Tratamiento: _____

para que revele información sobre mi tratamiento y recuperación, incluyendo diagnóstico, historial de empleos, limitaciones funcionales, progreso en el tratamiento, y servicios de preparación de empleo recibidos al:

Programa de Empleo: _____

con el propósito de recibir servicios de preparación y colocación de empleo.

Yo, el suscrito firmante he leído lo antedicho y he autorizado al personal del programa de tratamiento designado más arriba a que revele tal información como esta contenida en la presente. Yo entiendo que éste consentimiento puede ser retirado por mí en cualquier momento excepto hasta el punto que la acción que haya sido tomada dependa de ello. Este consentimiento vencerá un (1) año a partir de ser firmado, a menos que sea especificado más abajo un periodo de tiempo, evento o condición diferente, en cuyo caso dicho período de tiempo, evento o condición aplicará. Además entiendo que cualquier revelación está limitado por el Título 42 de el Código Federal de Reglamentaciones que gobierna la confidencialidad de los expedientes de pacientes por abuso de alcohol y drogas y la revelación de nuevo de esta información a una parte diferente de la que ha sido designada más arriba es prohibido sin autorización adicional por escrito de mi parte.

Período de tiempo, evento o condición reemplazando el período especificado más arriba:

Seis (6) meses después de ser empleado _____

Consent for Disclosure of Alcohol or Substance Abuse Treatment Program Information and Records and Cash Assistance and Care Information and Records

Federal law and regulations protect confidentiality of alcohol and substance abuse treatment records. In general, the program to which you were referred or now attending, or attended in the past may not disclose any program information regarding your treatment to anyone outside, and may not disclose any information identifying you as an alcohol or substance abuser, unless you consent in writing to such disclosure.

Also, state law and regulations protect the confidentiality of all information contained in your cash assistance record, which is maintained by the New York City Human Resources Administration. The Human Resources Administration (HRA) cannot disclose any information maintained in your cash assistance record unless you consent in writing to such disclosure.

**Sign AFTER you read and understand the consent you are giving.
You may ask question about anything you do not understand.**

I, _____, authorize and request (i) _____
Participant's Name Treatment Provider with Provider Code

(ii) The New York City Human Resources Administration (iii) the National Association on Drug Abuse Problems Substance Abuse Centralized Assessment Program (SACAP) and (iv) the New York State Office of Temporary Disability Assistance (OTDA), to communicate with and disclose to each other the following information:

OBSCLETE

1. My name, address and other personal identifying information.
2. Information contained in my cash assistance records (such as case composition, fair hearing information, employability status, actions taken on my cash assistance case).
3. Results of any formal alcohol or substance abuse assessment(s) performed by an alcohol or substance abuse counselor credentialed by the New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services.
4. Prior alcohol/substance abuse treatment.
5. Referral(s) made to an appropriate treatment program(s).
6. Date(s) of admission(s) or referral(s) to any treatment program.
7. Diagnoses and prognoses made by treatment program(s).
8. Assessment results and history, including evaluation of psychosocial and vocational functioning.
9. Treatment plan, progress, and compliance.
10. Toxicology results.
11. Attendance/Removal roster.
12. Discharge plan, date of discharge and discharge status.
13. Employment, education and training related information.
14. Other: _____

I authorize the release of the above information to the above organizations to share and communicate with each other for the purpose of screening and assessing my need for appropriate alcohol or substance abuse treatment; making a referral to an appropriate treatment program; monitoring my progress and attendance in a treatment program; monitoring my participation and compliance with treatment; verifying my eligibility for cash assistance and assisting in my achievement of sobriety and economic self-sufficiency.

I understand that this release does not authorize the disclosure of confidential HIV-related information. I also understand that information released/shared pursuant to this content will not be-released to any organization or individuals except to those organizations or individuals that I have authorized to share information in this consent.

If I am required to apply for benefits furnished by the Social Security Administration (SSA), I understand that the information specified in this consent form may be shared with SSA for the limited purpose of applying for benefits from SSA.

I understand that I may revoke my consent at any time, except to the extent that the treatment program listed or the City or State agency or the National Association on Drug Abuse Problems Substance Abuse Centralized Assessment Program (SACAP), which is to make the disclosure, has already taken action in reliance on my consent. If not previously revoked, this consent will terminate upon **the closing of my cash assistance case.**

Signature of Participant

Date

Signature of parent, guardian or person authorized to sign
(in lieu of participant, where required)

Date

NADAP Counselor/CASAC

Date

OBSOLETE



**CONSENT FOR DISCLOSURE OF MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM RECORDS
OF ALCOHOLISM AND SUBSTANCE ABUSE TREATMENT**

Federal and state laws and regulations protect the confidentiality of alcohol and drug abuse treatment records. In general, the medical assistance program (Medicaid) may not tell anyone about your treatment or disclose any information identifying you as an individual with an alcohol or drug abuse problem unless you consent to that disclosure in writing.

Alcohol and drug abuse are chronic, relapsing conditions which can cause other serious health problems and limit your ability to work. HRA has programs and services that can help people receive treatment to help them to become clean, sober and self-sufficient. By signing this consent form, you give HRA permission to look at your Medicaid records to assist in determining if you have received treatment for problems with alcohol and/or drugs. HRA will work with you if special services are needed.

OBsolete

Sign **AFTER** you read and understand the consent you are giving.
You may ask questions about anything you do not understand.

I, _____, _____
(Applicant's name) (Social Security Number)

authorize and request the New York State Medical Assistance Program (Medicaid) to disclose information related to medical assistance program funded treatment I have received in the past twenty-four months for alcohol or drug abuse, to the New York City Department of Social Services/Human Resources Administration to assist in assessing my ability to work, to assist in assessing the severity of my condition and to assist in identifying a clinically appropriate treatment. If I am required to apply for benefits administered by the Social Security Administration the information specified above may be shared with the Social Security Administration.

I understand that this release does not authorize the disclosure of confidential HIV-related information. I understand that my refusal to consent will have no effect on my eligibility or continued eligibility for public assistance or medical assistance. I understand that, except to the extent that the program that is to make the disclosure has already taken action in reliance on it, I can rescind this consent at any time.

If I do not take back this consent it will end upon **Discontinuance of Public Assistance and Medical Assistance Benefits.**

(Signature of Applicant)

(Date Signed)

(Case Number)

(Signature of Parent, Guardian or Person Authorized to sign in Lieu of Applicant, where required.)

(Date Signed)

(Social Services Department Contact Person/Title)

(Date Signed)

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR EXPEDIENTES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA DE TRATAMIENTO DE ALCOHOLISMO Y DE ABUSO DE DROGAS

Las leyes y reglamentaciones federales y estatales protegen la confidencialidad de expedientes de tratamientos por el abuso de alcohol y drogas. En general, el Programa de Asistencia Médica (Medicaid) no puede proveerle datos a nadie acerca de sus tratamientos o revelar ninguna información identificándole como una persona con un problema de abuso de alcohol o drogas, a menos que usted consienta a esa revelación por escrito.

El abuso de alcohol y drogas es una condición crónica y reincidente, la cual puede causar otros serios problemas de salud y limitar su capacidad para trabajar. La HRA tiene programas y servicios que pueden ayudar a personas a recibir tratamientos para ayudarles a convertirse en personas limpias, sobrias y autosuficientes. Al firmar este formulario de consentimiento, usted le otorga el permiso a la HRA de revisar sus expedientes de Medicaid para asistir en determinar si usted necesita tratamiento para problemas de alcohol y/o drogas. La HRA trabajará con usted si se necesitan servicios especiales.

Firme DESPUES que lea y entienda el consentimiento que está otorgando. Usted puede hacer preguntas sobre cualquier cosa que no entienda.

OBSOLETE

Yo, _____, _____,
(Nombre del Solicitante) (Número de Seguro Social)

autorizo y solicito al Programa de Asistencia Médica del Estado de Nueva York (New York State Medical Assistance Program - Medicaid) a revelar información relacionada al tratamiento financiado por el programa de asistencia médica que he recibido en los últimos veinticuatro meses por el abuso de alcohol o drogas al Departamento de Servicios Sociales/Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (New York City Department of Social Services/Human Resources Administration) para asistir en determinar mi capacidad de trabajar, para asistir en determinar la severidad de mi condición y para asistir en identificar tratamientos y servicios clínicamente apropiados. Si estoy requerido a solicitar beneficios administrados por la Administración de Seguro Social (Social Security Administration), la información especificada más arriba puede ser compartida con la Administración de Seguro Social.

Yo entiendo que este consentimiento no autoriza el revelar información confidencial relacionada con VHI (HIV). Entiendo que mi rechazo en consentir no afectará mi elegibilidad o elegibilidad continua para asistencia pública o médica. Entiendo que, con la excepción de hasta el punto que acciones hayan sido tomadas confiando en ellas, por el programa que ha de hacer la revelación, yo puedo anular este consentimiento en cualquier momento.

Si no cambio de opinión acerca de este consentimiento, el mismo terminará al **Discontinuar los Beneficios de Asistencia Pública y Médica.**

(Firma del Solicitante)

(Fecha de la Firma)

(Número de Caso)

(Firma del Padre, Guardián o Persona Autorizada a firmar en lugar del Solicitante, donde se requiera.)

(Fecha de la Firma)

(Persona Contacto/Título del Departamento de Servicios Sociales)

(Fecha de la Firma)

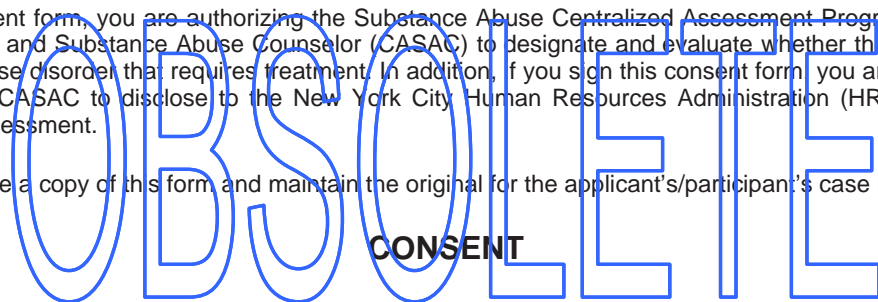
Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____

Consent for Substance Abuse Assessment of a Minor

Federal law and regulations protect the confidentiality of a minor's alcohol and substance abuse treatment records. In general, the treatment program to which the minor was referred or is now attending or attended in the past may not, absent of your written consent, disclose to anyone outside of the program information identifying the minor as an individual with an alcohol or substance abuse problem or disclose any information regarding his/her treatment.

If you sign this consent form, you are authorizing the Substance Abuse Centralized Assessment Program (SACAP) and the Credentialed Alcohol and Substance Abuse Counselor (CASAC) to designate and evaluate whether the minor named below has a substance abuse disorder that requires treatment. In addition, if you sign this consent form, you are authorizing SACAP and the designated CASAC to disclose to the New York City Human Resources Administration (HRA) the results of the substance abuse assessment.

Instructions: Prepare a copy of this form and maintain the original for the applicant's/participant's case record.



I, _____, give permission for the SACAP and the
First Name of Parent/Guardian Last Name of Parent/Guardian

CASAC it designates to assess whether _____ has a substance abuse disorder that
Name of Minor

requires treatment. I also give SACAP and the designated CASAC permission to disclose the results of the substance abuse assessment to HRA.

I understand that this consent may be withdrawn by me in writing at any time except to the extent that SACAP, the designated CASAC and/or HRA has already taken action in reliance upon my consent.

If not previously revoked, this consent shall expire **upon the termination of my Cash Assistance, Food Stamps, and/or Medicaid case.**

I also understand that any disclosure is bound by Title 42 of the code of Federal regulations governing the confidentiality of alcohol and drug abuse patient records and that redisclosure of this information to a party other than the ones designated above is forbidden without additional written authorization on my part.

_____ Name of Parent, Guardian or Authorized Person (Print)	_____ Relationship to Minor
_____ Signature of Parent, Guardian or Authorized Person	_____ Date
_____ Signature of Minor	_____ Date

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Real Property Tax Credit Notice

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.

Our records indicate that you have lived at the same address for at least six (6) months and that you have paid an average rent of \$450 or less per month. Therefore, you may be eligible to receive a New York State Real Property Tax Credit of up to \$75 for your household (if anyone in your household is age 65 or older, it may be more than \$75).

THE MONEY YOU RECEIVE FROM THIS CREDIT IS YOURS TO KEEP. You do not have to inform your Job Center or Non Cash Assistance Supplemental Nutrition Assistance Program (NCA SNAP) Center when you receive the credit. There will be no change in your Cash Assistance/SNAP benefits because of it.

To help you apply for the credit, we have enclosed a computerized Real Property Tax Credit for Homeowners and Renters (Form **IT-214**), which we have completed using information from our files.

In order to receive your credit, you or your spouse must sign and date the enclosed form at the bottom of page 2, in the area marked by "Taxpayer(s) sign here." You must mail the **form** to: **State Processing Center, P.O. Box 61000, Albany, NY 12261-0001.**

The New York State Department of Taxation and Finance will review the form and determine whether or not you are eligible for the credit. **PLEASE DO NOT CONTACT YOUR JOB CENTER OR NCA SNAP CENTER.**

You are responsible for the accuracy of the information we have provided on the enclosed **IT-214** form on your behalf regarding your residency, whether you can be claimed on another taxpayer's Federal return and the information concerning all of your household members. If we failed to list any individual who is a member of your household, please add the name(s) to the list on page 1 of the enclosed **IT-214** form.

Do not sign the form if any of the financial information is incorrect. You should instead seek the assistance of a qualified tax preparer and/or file a regular **IT-214** form if you are eligible for the credit. Visit the IRS Web site at www.irs.gov/efile for details on filing an income tax return without paying a qualified tax preparer for help.

Do not complete this form if you have already filed an IT-214 form for the current tax year.

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

New York State Nutrition Incentive Program (NYSNIP) Real Property Tax Credit Notice

Note: As of 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.

Our records indicate that you have lived at the same address for at least six (6) months. Therefore, you may be eligible to receive a New York State Real Property Tax Credit of up to \$75 for your household (if anyone in your household is age 65 or older, it may be more than \$75).

THE MONEY YOU RECEIVE FROM THIS CREDIT IS YOURS TO KEEP. You do not have to inform your Non Cash Assistance Supplemental Nutrition Assistance Program (NCA SNAP) Center when you receive the credit. There will be no change in your SNAP benefits because of it.

To help you apply for the credit, we have enclosed a computerized Real Property Tax Credit Form (**IT-214**), which we have partially completed using information from our files. Since you are enrolled in the New York State Nutrition Incentive Program (NYSNIP), other information required to complete the **IT-214** is no longer available to us and therefore must be provided by you.

Please provide information for questions 19, 20, 21, 22, 28, 30, 31 and 33 on the **IT-214** because we are unable to complete them for you. You must provide the information asked for in these questions in order to determine if you qualify for this credit.

In order to receive your credit, you or your spouse must sign and date the enclosed form at the bottom of page 2, in the area marked "Taxpayer(s) sign here." You must mail the **form** to: **State Processing Center, P.O. Box 61000, Albany, NY 12261-0001.**

The New York State Department of Taxation and Finance will review the form and determine whether or not you are eligible for the credit. **PLEASE DO NOT CONTACT YOUR NCA SNAP CENTER.**

You are responsible for the accuracy of the information we have provided on the enclosed **IT-214** form on your behalf regarding your residency, whether you can be claimed on another taxpayer's Federal return and the information concerning all of your household members. If we failed to list any individual who is a member of your household, please add the name to the list on page 1 of the enclosed **IT-214** form. Attach additional sheets if necessary.

Do not sign the form if any of the financial information is incorrect. You should instead seek the assistance of a qualified tax preparer and/or file a regular **IT-214** form if you are eligible for the credit. Visit the IRS Website at www.irs.gov/efile for details on filing an income tax return without paying a qualified tax preparer for help.

Do not complete this form if you have already filed an IT-214 form for the current tax year.

RTSC – Questionnaire for Minors in Residential Treatment

Last Name: _____ First Name: _____

Parent/Guardian: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Has the parent/guardian signed the parental Consent for Substance Abuse Assessment of a Minor (**M-76k**) release form?

Yes No If Yes: _____
Date Signed (attach copy)

Treatment Program: _____

Please answer the following questions:

Were you court-mandated to attend the above-mentioned program? Yes No

If Yes, please select one of the following:

Parole Probation ACS
 Other: _____

Are you currently receiving Cash Assistance? Yes No

If Yes, what is the case number? _____

What is the relationship between you and the case head? _____

Where will you reside upon completion of this program?

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Where did you reside prior to entering treatment?

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Please be advised that if you are under 16 years of age and are permanently out of your parent's/guardian's household, a referral to the Administration for Children's Services (ACS) and the Office of Child Support Enforcement (OCSE) is required.

ACS Referral: _____ Yes No If Yes: _____
Date

OCSE Referral: _____ Yes No If Yes: _____
Date

Applicant's Signature _____ Date _____

Treatment Program Representative (Print Name) _____ Title _____

Treatment Program Representative (Signature) _____ Date _____