



OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #18-49-OPE

MONTHLY UPDATES: (DSS-5, EXP-75C, EXP-75E, EXP-75F, EXP-75G, EXP-75Q, FIA-1028, FIA-1028W, FIA-1094V, FIA-1139 FIA-1160, FIA-1188A, FIA-1188C, FIA-1188E, FIA-1188F, FIA-1188K, FIA-1188L, FIA-1188Q, FIA-1188R, HRA-107, HRA-146A, HRA-146J, M-4C, M-15G, M-328C, M-328J, OCM-44, W-120H, W-132BB, W-205GG)

Date: August 2, 2018	Subtopic(s): Forms
Added or updated items Forms updated in the FIA-1188 series	<p>The following forms and poster have been added or updated on edocs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The following forms related to Career Services were updated: <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Referral To CareerCompass” (FIA-1188a); ▪ “Referral To YouthPathways” (FIA-1188c); ▪ “Referral to CareerAdvance (FIA-1188e); ▪ “Partnership Opportunity Referral Letter” (FIA-1188f); ▪ “Mandatory Return Appointment to CareerCompass” (FIA-1188k); ▪ “Mandatory Return Appointment to YouthPathways” (FIA-1188L); ▪ “Appointment with CareerCompass for Reassessment” (FIA-1188q); ▪ “Appointment with YouthPathways for Reassessment” (FIA-1188r). <p>The forms were all updated as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ The sentence “Please do not bring any children with you to the appointment.” was added; ▪ Icons were added in front of the Appointment, Time, Telephone, and Location fields; ▪ The text box after “Travel Directions” was replaced with static text; ▪ “See next page” and the accompanying arrow were replaced with the phrase “(Turn page);” and ▪ The disability rights language was updated.

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

Updates to FHEPS forms

The **FIA-1188a**, **FIA-1188c**, and **FIA-1188e** forms also had a revision to the second sentence in the first paragraph.

- The following Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) forms were updated as follows:
 - “Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement A and B (FHEPS A and B) Application” (**HRA-146a**) was revised to add the **FHEPS to Stay Worksheet** on page 7, and a reference to the **FHEPS to Stay Worksheet** on page 5 in the **Rental Information** section; and
 - “Potential Eligibility for Family Homelessness and Eviction Prevention Supplement (FHEPS)” (**HRA-146j**) form was updated to reflect that the signing bonus and 15% broker’s fee are available through June 30, 2019.

Forms updated to comply with plain language standards

- The following forms were revised to conform with the plain language standards:
 - “Notice to All Applicants” (**EXP-75Q**);
 - “Home Visit Needed/Homebound Process” (**FIA-1028**);
 - “Notice to Participant: Restriction of Rent Payment” (**M-328c**);
 - “Notice of Intent to Reduce Cash Assistance Public Shelter Resident” (**M-328j**);
 - “POS Applicant Interview Guide” (**W-205GG**).
- “Put Them to Bed as if Their Life Depends On It.” (**OCM-44**) poster is part of the ACS/DOHMH Sleep Safe Campaign. It promotes babies should be put to bed to reduce the occurrence of Sudden Infant Death Syndrome. The poster size is 24” x 36” and should be displayed inside a frame in Lactation rooms.

Obsolete items

The following forms have been made obsolete:

- “Department of Homeless Services Shelter Intake Centers” (**DSS-5**);
- “Important Notice enclosed. If you need help reading the notice, go to your Center.” (**EXP-75C**);
- “Important notice enclosed. If you need help reading the notice, go to your Center.” (**EXP-75E**);
- “Important notice enclosed. If you need help reading the notice, go to your Center.” (**EXP-75F**);
- “Important notice enclosed. If you need help reading the notice, go to your Center” (**EXP-75G**);
- “Introducing The Home Visit Needed / Homebound (HVN/HB) Call Unit (**FIA-1028w**);
- “Important Notice You Are Receiving a Supplement To Your Benefits” (**FIA-1094v**);
- “HRA is Changing for You” (**FIA-1139**);

- “Please Update Your Contact Information” (**FIA-1160**);
- “Important Legal Notice of Your Right to Apply for Reinstatement of Split-Shift Home Care Services” (**HRA-107**);
- “Timely Aid-Continuing Fair Hearing Language Insert Conference and Fair Hearing Information ” (**M-4c**).
- “Did You Ever Serve In The Military” (**M-15g**);
- “Food Stamp Letter re: Unreported Employment” (**W-120H**);
- “Notice of Appointment for Recertification Interview” (**W-132BB**);

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:

EXP-75Q (MLF)	Notice to All Applicants (07/06/2018)
FIA-1028	Home Visit Needed/Homebound Process (06/27/2018)
FIA-1028 (S)	Home Visit Needed/Homebound Process (06/27/2018)
FIA-1188a	Referral To CareerCompass (07/02/2018)
FIA-1188a (S)	Referral To CareerCompass (07/02/2018)
FIA-1188c	Referral To YouthPathways (07/03/2018)
FIA-1188c (S)	Referral To YouthPathways (07/03/2018)
FIA-1188e	Referral to CareerAdvance (07/03/2018)
FIA-1188e (S)	Referral to CareerAdvance (07/03/2018)
FIA-1188f	Partnership Opportunity Referral Letter (07/03/2018)
FIA-1188f (S)	Partnership Opportunity Referral Letter (07/03/2018)
FIA-1188k	Mandatory Return Appointment to CareerCompass (07/03/2018)
FIA-1188k (S)	Mandatory Return Appointment to CareerCompass (07/03/2018)
FIA-1188L	Mandatory Return Appointment to YouthPathways (07/03/2018)
FIA-1188L (S)	Mandatory Return Appointment to YouthPathways (07/03/2018)
FIA-1188q	Appointment with CareerCompass for Reassessment (07/03/2018)
FIA-1188q (S)	Appointment with CareerCompass for Reassessment (07/03/2018)
FIA-1188r	Appointment with YouthPathways for Reassessment (07/03/2018)

FIA-1188r (S)	Appointment with YouthPathways for Reassessment (07/03/2018)
HRA-146a	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement A and B (FHEPS A and B) Application (02/27/2018)
HRA-146a (S)	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement A and B (FHEPS A and B) Application (02/27/2018)
HRA-146j	Potential Eligibility for Family Homelessness and Eviction Prevention Supplement (FHEPS) (07/25/2018)
HRA-146j (S)	Potential Eligibility for Family Homelessness and Eviction Prevention Supplement (FHEPS) (07/25/2018)
M-328c	Notice to Participant: Restriction of Rent Payment (08/16/17)
M-328c (S)	Notice to Participant: Restriction of Rent Payment (08/16/17)
M-328j	Notice of Intent to Reduce Cash Assistance Public Shelter Resident (08/16/2017)
M-328j (S)	Notice of Intent to Reduce Cash Assistance Public Shelter Resident (08/16/2017)
OCM-44	Put Them to Bed as if Their Life Depends On It
OCM-44 (S)	Put Them to Bed as if Their Life Depends On It
W-205GG	POS Applicant Interview Guide (02/20/2018)
W-205GG (S)	POS Applicant Interview Guide (02/20/2018)
DSS-5	Department of Homeless Services Shelter Intake Centers (Obsolete)
EXP-75C	Important notice enclosed. If you need help reading the notice, go to your Center (Obsolete)
EXP-75E	Important notice enclosed. If you need help reading the notice, go to your Center (Obsolete)
EXP-75F	Important notice enclosed. If you need help reading the notice, go to your Center (Obsolete)
EXP-75G	Important notice enclosed. If you need help reading the notice, go to your Center (Obsolete)
FIA-1028w	Introducing The Home Visit Needed / Homebound (HVN/HB) Call Unit (Obsolete)
FIA-1094v	Important Notice You Are Receiving a Supplement To Your Benefits (Obsolete)
FIA-1139	HRA is Changing for You (Obsolete)
FIA-1160	Please Update Your Contact Information (Obsolete)
HRA-107	Important Legal Notice of Your Right to Apply for Reinstatement of Split-Shift Home Care Services (Obsolete)

M-4c	Timely Aid-Continuing Fair Hearing Language Insert Conference and Fair Hearing Information (Obsolete)
M-15g	Did You Ever Serve In The Military (Obsolete)
W-120H	Food Stamp Letter re: Unreported Employment (Obsolete)
W-132BB	Notice of Appointment for Recertification Interview (Obsolete)

Notice to All Applicants

The application kit has the New York State Application for Certain Benefits and Services (**LDSS-2921**) form. You do not have to fill out the form if you complete your interview today. If you cannot stay for your interview, please complete the form. We will need it to start your application today.

The application kit also has important information about what you may need to apply for benefits and services. Please read all of the information carefully.

If you do not understand this notice, please ask us for help.

Aviso a Todos los Solicitantes (Spanish)

El paquete de solicitud contiene el formulario Solicitud de Ciertos Subsidios y Servicios del Estado de Nueva York (**LDSS-2921**). No es necesario que usted rellene este formulario si lleva a cabo su entrevista el día de hoy. Si no puede quedarse para la entrevista, favor de rellenar el formulario. Lo necesitaremos para iniciar su solicitud el día de hoy.

El paquete de solicitud también contiene información importante sobre lo que usted necesite para solicitar subsidios y servicios. Por favor lea toda la información detenidamente.

Si no entiende este aviso, por favor pídanos ayuda.

致所有申請人的通知 (Traditional Chinese)

本申請資料包內附紐約州特定福利與服務 (**LDSS-2921**) 的申請表。如果您今天完成面談，則不需填寫申請表。

申請資料包內還包含了申請福利與服務所需的重要資訊。請務必仔細閱讀全部資訊。

如果您無法理解通知內容，請向我們尋求協助。

모든 신청자에 대한 통지 (Korean)

본 신청 키트에는 특정 혜택 및 서비스에 대한 뉴욕 주 신청서(New York State Application for Certain Benefits and Services) (**LDSS-2921**) 양식이 포함되어 있습니다. 오늘 면담을 완료하실 경우 본 양식을 작성하실 필요가 없습니다.

본 신청 키트에는 혜택 및 서비스를 신청하는 데 필요한 중요한 정보도 포함되어 있습니다. 모든 정보를 주의 깊게 읽어 주십시오.

본 통지서를 이해하지 못하실 경우, 알려주시면 저희가 도와 드립니다.

Avi pou tout Kandida (Haitian Creole)

Pake aplikasyon an genyen ladan fòm Aplikasyon Eta New York la pou Sèten Avantaj ak Sèvis (LDSS-2921). Ou pa bezwen ranpli fòm nan si ou fè entevyou w jodi a.

Pake aplikasyon an genyen ladan tou enfòmasyon enpòtan sou sa ou ka bezwen pou aplike pou avantaj ak sèvis yo. Tanpri li tout enfòmasyon yo avèk anpil atansyon.

Si ou pa konprann avi sa a, tanpri mande nou pou ede ou.

Уведомление для всех заявителей (Russian)

В пакет документов входит форма заявления на получение пособий и услуг в штате Нью-Йорк (LDSS-2921). Если вы прошли собеседование сегодня, заполнять данную форму не требуется.

В пакете документов вы также найдете важную информацию о том, что может понадобиться для подачи заявления на получение пособий и услуг. Просьба внимательно ознакомиться с этой информацией.

Если вам не ясно содержание настоящего уведомления, обращайтесь к нам за помощью.

إخطار إلى جميع مقدمي الطلبات (Arabic)
تحتوى مجموعة أوراق الطلب على نموذج ولاية نيويورك لطلب مخصصات وخدمات محددة (LDSS-2921). لست مضطراً لملء النموذج إذا كنت ستكمل مقابلتك اليوم.
تحتوى مجموعة أوراق الطلب أيضاً على معلومات هامة بخصوص ما قد تحتاجه للتقدم بطلب للحصول على مخصصات وخدمات. يُرجى قراءة كافة المعلومات بعناية.
إذا لم تكن تفهم هذا الإخطار، يُرجى طلب المساعدة منا.

সব আবেদনকারীকে বিজ্ঞপ্তি (Bengali)

আবেদন কিট-এ রয়েছে নির্দিষ্ট কিছু সুবিধা ও পরিষেবার জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেট আবেদন (LDSS-2921) ফর্ম। আপনি যদি আজ আপনার সাক্ষাতকার সম্পূর্ণ করে থাকেন তাহলে আপনাকে ফর্মটি পূরণ করতে হবে না।

এছাড়াও আবেদন কিট-এ রয়েছে সুবিধা ও পরিষেবার জন্য আবেদন করতে আপনার কি প্রয়োজন হতে পারে এগুলি সম্বন্ধে গুরুত্বপূর্ণ তথ্য। অনুগ্রহ করে সব তথ্যগুলি সতর্কতার সাথে পড়বেন।

যদি আপনি এই বিজ্ঞপ্তিটি বুঝতে না পারেন, তাহলে সাহায্যের জন্য অনুগ্রহ করে আমাদের জিজ্ঞাসা করবেন।

面向所有申请人的通知 (Simplified Chinese)

申请文件包包含了纽约州某些福利和服务 (LDSS-2921) 的申请表。如果您在今日完成面谈，则不必填写表单。

申请文件包还包含了您申请福利和服务时可能需要的重要信息。请仔细阅读所有信息。

如果您不明白此通知，请向我们寻求帮助。

اطلاع نامہ برائے تمام درخواست دہندگان (Urdu)

اس مجموعہ معلومات میں بعض مراعات اور خدمات فارم (LDSS-2921) کے لیے نیو یارک اسٹیٹ کی درخواست شامل ہے۔ اگر آپ اپنا انٹرویو آج مکمل کرتے ہیں تو آپ کو فارم نہیں بھرنا ہوگا۔

اس مجموعہ درخواست میں اس بارے میں اہم معلومات بھی شامل ہیں کہ مراعات و خدمات کے لیے آپ کو کس چیز کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ براہ کرم تمام معلومات غور سے پڑھیں۔

اگر آپ اس اطلاع نامے کو نہ سمجھتے ہوں تو، براہ کرم مدد طلب کریں۔

Avis à toutes les personnes déposant une demande (French)

Le dossier de demande inclut le formulaire de demande de certaines prestations et certains services de l'État de New York (LDSS-2921). Vous n'avez pas à remplir ce formulaire si vous passez votre entretien aujourd'hui.

Le dossier de demande comprend également des informations importantes sur ce dont vous pouvez avoir besoin pour demander des prestations et services. Veuillez lire attentivement toutes ces informations.

Si vous ne comprenez pas cet avis, demandez-nous de l'aide.

Powiadomienie dla wszystkich wnioskodawców (Polish)

Zestaw wniosków zawiera formularz wniosku stanu Nowy Jork o określone świadczenia i usługi (LDSS-2921). Nie ma konieczności wypełniania tego formularza w przypadku przeprowadzenia rozmowy w dniu dzisiejszym.

Zestaw wniosków zawiera również ważne informacje na temat wymagań niezbędnych w celu ubiegania się o świadczenia i usługi. Należy dokładnie przeczytać wszystkie informacje.

Jeśli nie rozumieją Państwo tego powiadomienia, prosimy zwrócić się o pomoc.



Home Visit Needed/Homebound Process

You asked us for Home Visit Needed/Homebound (HVN/HB) status. This means that an HRA worker will come to you for all your required appointments.

Right now, you have temporary HVN/HB status. This notice explains what you need to do to get ongoing HVN/HB status.

Who do I Call If I Have Questions About This?

We have an Home Visit Needed/Homebound (HVN/HB) Call Unit to help people with HVN/HB status. You can call the HVN/HB Call Unit at _____, **Monday through Friday, 9:00am to 5:00pm.**

When you call this number during business hours, a worker from the HVN/HB Call Unit will answer your call. This number is the best way to contact us for as long as you have HVN/HB status.

You should call the HVN/HB Call Unit at 718-557-1367 when

- You have questions about the HVN/HB Process
- You want to check on the status of your HVN/HB paperwork
- You have an emergency that you need us to help with
- You need to schedule a home visit
- You have questions or concerns about your case
- You need to report any changes in your household
- You want to make a complaint that we are not helping you with your HVN/HB status
- You did not feel safe during your home visit

What do I Need to do to Get Home Visit Needed/Homebound (HVN/HB) status?

You need to give us medical or clinical documents, like a letter from your doctor. The documents should show us that you have a disability, physical condition, or mental condition that makes it hard for you to come to an HRA office.

What Happens at the Home Visit?

At the home visit that you asked for, you should give the HRA worker any medical or clinical documents you have to support your Home Visit Needed/Homebound (HVN/HB) status. If you do not have any medical or clinical documents yet, you will have up to 30 days after the home visit to get them. We can also help you get these documents.

(Turn page)

What Happens at the Home Visit? (continued)

You and the HRA worker fill out a form called the Home Visit Needed/Activities of Daily Living Form (**CAS-102**). The worker will also give you:

- Home Visit Needed/Clinician Assessment Form (**CAS-103**) for your doctor or clinical provider to fill out;
- A postage paid envelope for your doctor or medical provider to return Form **CAS-103** to HRA within **30 days**;
- HIPAA Authorization for the Disclosure of Individual Health Information (**CAS-605**) for you to fill out and sign if you want our help in getting medical or clinical documents for you.

If you need our help in getting your medical or clinical documents, you have to fill out and sign Form **CAS-605** and give us your doctor or medical or clinical provider’s contact information. We will contact your doctor or clinical provider and ask for the documents.

What Happens if I Do Not Give You Any Clinical Documents?

If you do not give us any medical or clinical documents, and you do not want us to help you get these documents, then we may end your temporary Home Visit Needed/ Homebound (HVN/HB) status. This will happen within **30 days**. We will then make appointments for you at an HRA office.

If you don’t think that you can get the documents to us within **30 days**, you can ask us for more time.

What Happens After You Get My Clinical Documents?

We will review all your medical or clinical documents. We will then decide if you should have ongoing Home Visit Needed/Homebound (HVN/HB) status.

We will send you a notice that tells you our decision.

If we decide that you will not get HVN/HB status, we will call you to talk about it and see if there are other ways we can help you.

If you do not agree with our decision, you or your authorized representative can file an appeal. We will review your appeal to see if we made the right decision.

We will also contact you to remind you about your home visits and tell you other things you need to do to keep your benefits.

Please keep this notice for future reference.

HRA Worker Name (Print)

HRA Worker 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.



Trámite de Visita Domiciliaria Necesaria/Confinamiento al Hogar

Usted nos pidió el estado de las Visita Domiciliaria Necesaria/Confinamiento al Hogar (HVN/HB, por sus siglas en inglés). Esto significa que un trabajador de la HRA se trasladará a su hogar para todas las citas que usted deba cumplir.

En este momento, usted tiene estado temporario de HVN/HB. El presente aviso le explica los pasos que debe tomar para obtener estado continuo de HVN/HB.

¿A Quién llamo si tengo preguntas sobre todo esto?

Tenemos una Unidad de Llamadas de HVN/HB para ayudar a las personas con el estado de HVN/HB. Usted puede llamar a la Unidad de Llamadas de HVN/HB al _____, de **lunes a viernes** entre las **9:00 a.m. y 5:00 p.m.**

Cuando llame a este número durante horas laborables, su llamada será contestada por un trabajador de la Unidad de Llamadas de HVN/HB contestará su llamada. Esta es la mejor manera de comunicarse con nosotros siempre que usted tenga el estado de HVN/HB.

Llame a la Unidad de Llamadas de HVN/HB al 718-557-1387, cuando:

- desee hablar sobre la decisión de HVN/HB
- tenga preguntas sobre el trámite de HVN/HB
- desee verificar el estado de su documentación de HVN/HB
- necesite que nosotros le ayudemos con una emergencia
- necesite programar una visita al hogar
- tenga preguntas o inquietudes sobre su caso

¿Qué pasos debo tomar para obtener el estado de la Visita Domiciliaria Necesaria/Confinamiento al Hogar (HVN/HB)?

Usted tiene que proporcionarnos documentos médicos o clínicos, como una carta de su médico. Los documentos deben demostrarnos que usted padece una discapacidad, estado físico o mental que le dificulte trasladarse a una oficina de la HRA.

¿Qué sucede durante la visita domiciliaria?

Durante la visita al hogar que usted solicitó, debe entregar al trabajador de la HRA todo documento médico o clínico que tenga para apoyar el estado de HVN/HB. Si usted aún no posee documentos médicos o clínicos, dispondrá de hasta 30 días tras la visita al hogar para conseguirlos. Nosotros también podemos ayudarle a conseguir estos documentos.

¿Qué sucede durante la visita al hogar? (continuación)

Usted y el trabajador de la HRA rellenarán un formulario llamado Solicitud Necesaria para la Visita Domiciliaria/Actividades de la Vida Diaria (**CAS-102 [S]**). Además el trabajador le dará a usted:

- el Formulario de Visita Domiciliaria Necesaria/Evaluación Clínica (**CAS-103**) para que lo rellene su médico o proveedor clínico;
- un sobre con franqueo pagado para que su médico o proveedor clínico devuelva el formulario **CAS-103** a la HRA dentro de **30 días**;
- la Autorización HIPAA para la Divulgación de Información Médica Personal (**CAS-605 [S]**) para que usted la rellene y firme, si desea nuestra ayuda para obtener documentos médicos o clínicos.

Si usted necesita nuestra ayuda para obtener documentos médicos o clínicos, tiene que rellenar y firmar el formulario **CAS-605 (S)** y proporcionarnos la información de contacto de su médico o proveedor clínico. Nosotros nos comunicaremos con su médico o proveedor clínico para pedirle los documentos.

¿Qué tal si no proporciono documentos clínicos?

Si usted no nos proporciona documentos médicos o clínicos y no desea nuestra ayuda para obtener dichos documentos, nosotros entonces podemos poner fin a su estado de HVN/HB temporario. Esto sucederá dentro de **30 días**. Posteriormente nosotros le programaremos citas en una oficina de la HRA.

Si usted no cree que no puede proporcionarnos los documentos dentro de **30 días**, puede pedirnos más tiempo.

¿Qué sucederá una vez se reciban mis documentos clínicos?

Revisaremos todos sus documentos médicos o clínicos. Posteriormente decidiremos si usted necesita el estado continuo de HVN/HB.

Le enviaremos a usted un aviso que le indicará nuestra decisión.

Si decidimos que a usted no se le otorgará el estado de HVN/HB, le llamaremos para tratar del tema y constatar si le podemos ayudar de otro modo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, usted o su representante autorizado pueden interponer una apelación. Nosotros examinaremos su apelación para determinar si tomamos la decisión correcta.

Nosotros también nos comunicaremos con usted para recordarle las visitas a su hogar y para informarle de otros pasos que usted tiene que dar para mantener sus beneficios.

Favor de guardar este aviso para futura consulta.

Nombre del trabajador de HRA
(letra en molde)

Firma del trabajador de HRA

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.

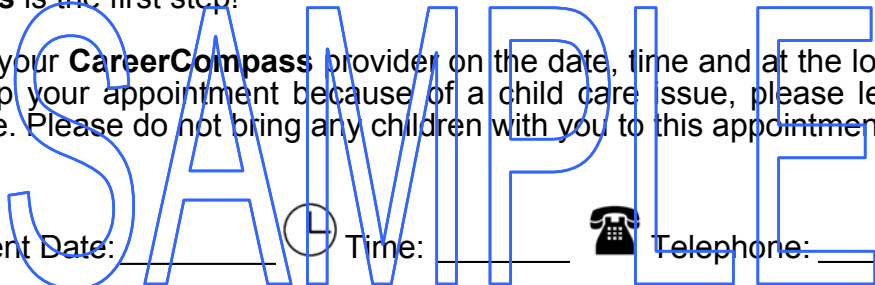
Date: _____
 Case Number: _____
 Case Name: _____
 Case Type: _____
 Caseload: _____




Referral to CareerCompass

We are referring you to a **CareerCompass** provider. **CareerCompass** offers a set of services designed to work closely with you to help you succeed.

_____ will provide services that are more in line with your personal background. By learning about what you need, you will have education, training and job opportunities available. The main goal is to start you on a career path that is just for you. **CareerCompass** is the first step!

You must go to your **CareerCompass** provider on the date, time and at the location below. If you cannot keep your appointment because of a child care issue, please let your provider know in advance. Please do not bring any children with you to this appointment.



 Appointment Date: _____  Time: _____  Telephone: _____

Provider Name: _____

 Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

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

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

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

(Turn page)

When you go to _____, they will introduce their services to you at an **orientation**. This is where you will learn about the opportunities and services offered. This is also where the rules and requirements of the program will be explained to you.

Next, they will discuss with you one-on-one about your **skills and interests**. They will also talk to you about what you need to be ready for a career.

Using these discussions, they will create a **service plan**. This plan will describe how you can get the tools needed for your own career path. This plan will include the things you need to do based on your own employment or education goals.

_____ will also make sure that you are in the right programs and will help set up everything for you. They will also follow up with you on a regular schedule to **support your progress**.

State law says that you must participate in continuous job search and other work-related activities in order to get and keep getting Cash Assistance.

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.

SAMPLE

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

Recomendación para CareerCompass

Le estamos recomendando a un proveedor de **CareerCompass**. **CareerCompass** brinda una serie de servicios que tienen por objeto colaborar estrechamente con usted para ayudarle a tener éxito.

_____ le brindará servicios que van más acorde con su formación personal. Tras evaluar lo que usted necesite, usted dispondrá de oportunidades de educación, capacitación y empleo. El objetivo principal es encaminarle en la carrera profesional ideal para usted. ¡**CareerCompass** es el primer paso!

Usted tiene que acudir a su proveedor de **CareerCompass** en la fecha, hora y local indicado a continuación. Si usted no puede cumplir su cita a raíz de un problema de cuidado infantil, favor de informarle de antemano a su proveedor. Favor de no traer a niños a esta cita.



Fecha de la cita: _____



Hora: _____



Teléfono: _____

Nombre del Proveedor: _____



Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de viaje: Favor de llamar a la MTA al **718-330-1234** o visitar <http://www.mta.info>.

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

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

(Voltee la página)

Al usted acudir a _____, se le presentarán los servicios durante la **orientación**, para que se familiarice con las oportunidades disponibles. Será durante la misma, donde también se le explicarán las reglas y los requisitos del programa.

Posteriormente, se conversará con usted sobre sus **aptitudes e intereses** en persona, así como de lo necesario para prepararse profesionalmente.

Mediante esta conversación, se elaborará un **plan de servicio** que le indicará cómo obtener lo necesario para su trayectoria profesional. El plan incluirá los pasos a tomar, según sus propias metas profesionales o educacionales.

Además, _____ se asegurará de que usted participe en los programas apropiados y le ayudará a organizar todo. También se mantendrá en contacto periódico con usted para **impulsar su progreso**.

La ley estatal estipula que para obtener Asistencia en Efectivo y seguir obteniendo la misma, usted debe participar en la búsqueda continua de empleo y en otras actividades relacionadas con el empleo.

¿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.

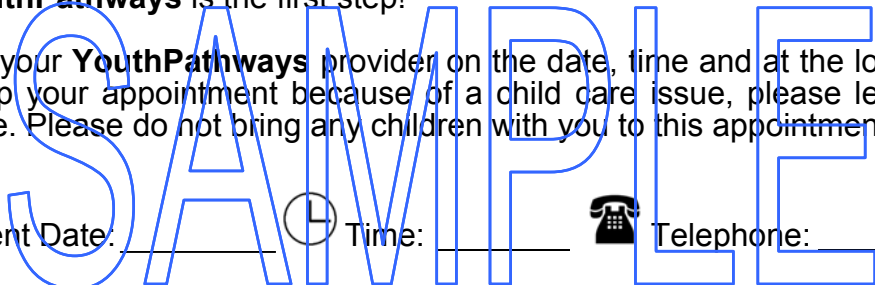
Date: _____
 Case Number: _____
 Case Name: _____
 Case Type: _____
 Caseload: _____




Referral to YouthPathways

We are referring you to a **YouthPathways** provider. **YouthPathways** offers a set of services designed to work closely with you to help you succeed.

_____ will provide services that are designed for people ages 18 through 24. By receiving services that support your age group, you will have education, training and job opportunities available. The main goal is to start you on a career path that is just for you. **YouthPathways** is the first step!

You must go to your **YouthPathways** provider on the date, time and at the location below. If you cannot keep your appointment because of a child care issue, please let your provider know in advance. Please do not bring any children with you to this appointment.



 Appointment Date: _____  Time: _____  Telephone: _____

Provider Name: _____

 Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

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

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

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

(Turn page)

When you go to _____, they will introduce their services to you at an **orientation**. This is where you will learn about the opportunities and services offered. This is also where the rules and requirements of the program will be explained to you.

Next, they will discuss with you one-on-one about your **skills and interests**. They will also talk to you about what you need to be ready for a career.

Using these discussions, they will create a **service plan**. This plan will describe how you can get the tools needed for your own career path. This plan will include the things you need to do based on your own employment or education goals. You may stay with your **YouthPathways** provider or you may be able to join an opportunity through another provider that is more in line with your goals and abilities.

_____ will also provide you with services to help you as you start on your career path. They have counselors who will be with you every step of the way, whether you choose an education or job training program or want to look for a job right away.

State law says that you must participate in continuous job search and other work-related activities in order to get and keep getting Cash Assistance.

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

Recomendación para YouthPathways

Le estamos recomendando para un proveedor de **YouthPathways**. **YouthPathways** brinda una serie de servicios que tienen por objeto colaborar estrechamente con usted para ayudarlo a tener éxito.

_____ le brindará servicios ideados para personas de 18 a 24 años de edad. Al usted recibir los servicios que apoyen a su grupo de edad, dispondrá de oportunidades de educación, capacitación y empleo. El objetivo principal es encaminarlo en la carrera profesional ideal para usted. ¡**YouthPathways** es el primer paso!

Usted tiene que acudir a su proveedor de **YouthPathways** en la fecha, hora y local indicado a continuación. Si usted no puede cumplir su cita a raíz de un problema de cuidado infantil, favor de informarle de antemano a su proveedor. Favor de no traer a niños a esta cita.



Fecha de la cita: _____



Hora: _____



Teléfono: _____

Nombre del Proveedor: _____



Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Indicaciones de viaje: Favor de llamar a la MTA al **718-330-1234** o visitar <http://www.mta.info>.

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

Si se le presenta una emergencia o si necesita reprogramar la cita, llame antes de la misma al número de teléfono indicado más arriba.

(Voltee la página)

Al usted acudir a _____, le presentarán los servicios durante la **orientación**, para que se familiarice con las oportunidades disponibles. Será durante la misma, donde también se le explicarán las reglas y los requisitos del programa. Posteriormente, se conversará con usted sobre sus **aptitudes e intereses** en persona, así como de lo necesario para prepararse profesionalmente.

Posteriormente, se conversará con usted sobre sus **aptitudes e intereses** en persona, así como lo necesario para prepararse para su carrera profesional.

Mediante esta conversación, se elaborará un **plan de servicio**, que le indicará cómo obtener lo necesario para su trayectoria profesional. El plan incluirá los pasos a tomar según sus propias metas profesionales o educacionales. Usted puede continuar con su proveedor de **YouthPathways** o podrá aprovecharse de una oportunidad mediante otro proveedor que esté más acorde con sus metas y aptitudes.

Además, _____ le brindará servicios para ayudarle mientras usted comience su trayectoria profesional. Se cuenta con asesores que le asistirán en todo momento, ya sea si opta por un programa educacional o de capacitación laboral o si desea buscar trabajo de inmediato.

La ley estatal estipula que para obtener Asistencia en Efectivo y seguir obteniendo la misma, usted debe participar en la búsqueda continua de empleo y en otras actividades relacionadas con el empleo.

¿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.

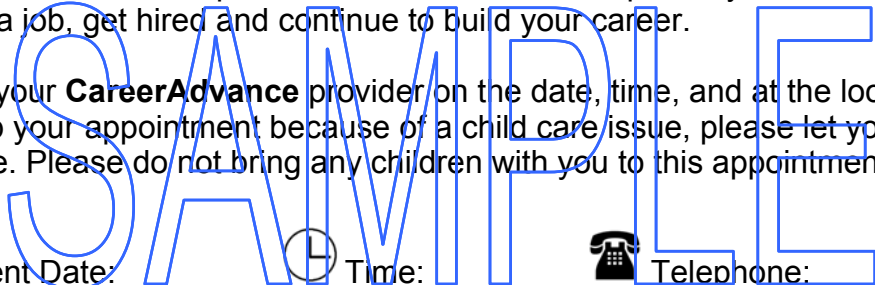
Date: _____
 Case Number: _____
 Case Name: _____
 Case Type: _____
 Caseload: _____

Referral to CareerAdvance

We are referring you to a **CareerAdvance** provider. **CareerAdvance** offers a set of services designed to work closely with you to help you succeed.

_____ will provide the services that are part of your service plan to help you prepare for a job, get hired and continue to build your career.

You must go to your **CareerAdvance** provider on the date, time, and at the location below. If you cannot keep your appointment because of a child care issue, please let your provider know in advance. Please do not bring any children with you to this appointment.



Appointment Date: _____



Time: _____



Telephone: _____

Provider Name: _____



Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

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

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

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

(Turn page)

When you go to _____, they will introduce their services to you at an **orientation**. This is where you will learn about the opportunities and services offered. This is also where the rules and requirements of the program will be explained.

Next, they will **review your service plan** that was created in CareerCompass. Your service plan will describe the education, training and/or job opportunities that you need to reach your career goals. Your **CareerAdvance** provider will review everything with you to make sure the plan still meets your needs and make changes, if needed.

Depending on your service plan, you may start a **job training** program or immediately start to **look for a job**. Either way, _____ is there to provide the services you need according to the plan created just for you.

After you find a job, the **CareerAdvance** provider will help you succeed in that job by offering workplace support services and ongoing opportunities for career advancement.

State law says that you must participate in continuous job search and other work-related activities in order to get and keep getting Cash Assistance.

SAMPLE

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

Recomendación para CareerAdvance

Le estamos recomendado a un proveedor de **CareerAdvance**. La HRA está reemplazando el programa para Volver a Trabajar (B2W, por sus siglas en inglés) por una serie de servicios que tienen por objeto colaborar estrechamente con usted para ayudarle a tener éxito.

_____ le proveerá los servicios que forman parte de su plan de servicio para ayudarle con la capacitación y contratación de empleo y a seguir desarrollando su carrera.

Usted tiene que acudir al proveedor de **CareerAdvance** en la fecha, hora y local indicado a continuación. Si usted no puede cumplir con la cita a raíz de un problema de cuidado infantil, favor de informarle de antemano a su proveedor. Favor de no traer a niños a esta cita.



Fecha de la cita: _____



Hora: _____



Teléfono: _____

Nombre del proveedor: _____



Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de viaje: Favor de llamar a la MTA **718-330-1234** o visitar <http://www.mta.info>.

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

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

(Voltee la página)

Al acudir a _____, se le presentarán los servicios durante la **orientation** para que se familiarice con las oportunidades y servicios disponibles. Es aquí donde también se le explicarán las reglas y los requisitos del programa.

Posteriormente, **se repasará su plan de servicios** creado por CareerCompass para usted. Su plan de servicio detallará lo que usted requiere en cuanto a educación, capacitación y oportunidades de empleo para alcanzar las metas de su carrera. Su proveedor de **CareerAdvance** repasará todo con usted para asegurarse de que el plan esté acorde con sus necesidades y hacer cambios, si es necesario

Dependiendo de su plan de servicio, puede que usted empiece un programa de **capacitación de empleo** o que inmediatamente inicie la **búsqueda de empleo**. De cualquier modo, _____ está ahí para proporcionarle los servicios que usted necesite basado en el plan creado específicamente para usted.

Después de encontrar empleo, el proveedor de **CareerAdvance** le ayudará a tener éxito en el empleo, al ofrecerle servicios de apoyo de empleo y oportunidades continuas para avanzar su carrera.

La ley estatal estipula que para obtener Asistencia en Efectivo y seguir obteniendo la misma, usted debe participar en la búsqueda continua de empleo y en otras actividades relacionadas con el empleo.

¿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: _____
Case Type: _____
Caseload: _____

Partnership Opportunity Referral Letter

_____ providers and their educational service partners provide services to help applicants/participants find and keep jobs. Based on the results of your educational tests and Employment Plan, you have been assigned to the **Partnership Opportunity** program.

The _____ **Partnership Opportunity** program is designed to prepare you for work by giving you the opportunity to gain education training skills. You will be given carfare and childcare as long as you are fully participating in the program.

We have scheduled an appointment for you with the **Partnership Opportunity** program. You must report on the date, time, and at the location below. If you cannot keep your appointment because of a child care issue, please let your provider know in advance. Please do not bring any children with you to this appointment.

SAMPLE



Appointment Date: _____

Time: _____



Telephone: _____



Provider Address: _____

City: _____

State: _____

Zip Code: _____

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

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

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

(Turn page)

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.

SAMPLE

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

Carta de Recomendación para el Programa Oportunidad de Colaboración

Los proveedores de _____ y sus socios de servicios educacionales brindan ayuda a los solicitantes/participantes para conseguir y conservar empleo. Conforme a los resultados de sus pruebas educacionales y su Plan de Empleo, a usted se le ha asignado al programa **Oportunidad de Colaboración**.

El programa **Oportunidad de Colaboración** _____ se ha ideado con el fin de prepararle para el empleo, brindándole la oportunidad de adquirir aptitudes académicas. Usted recibirá dinero para transporte y cuidado infantil, siempre que participe plenamente en el programa.

Le hemos programado una cita con el programa **Oportunidad de Colaboración**. Usted tiene que presentarse en la fecha, hora, y al local que sigue a continuación. Si usted no puede cumplir la cita a raíz de un problema de cuidado infantil, favor de informarle de antemano a su proveedor. Favor de no traer a niños a esta cita.



Fecha de la Cita: _____



Hora: _____



Teléfono: _____



Dirección del Proveedor: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje: Favor de llamar a la MTA al 718-330-1234 o visitar

<http://www.mta.info>

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

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

(Voltee la página)

¿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.

SAMPLE

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

Mandatory Return Appointment to CareerCompass

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



Appointment Date: _____



Time: _____



Telephone: _____

Provider Name: _____



Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

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

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

(Turn page)

If you have an emergency or need to reschedule this appointment, call the telephone number listed on **page 1** before your appointment. Please do not bring any children with you to this appointment.

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

Applicant/Participant Signature: _____ Date: _____

Worker Signature: _____ Date: _____

SAMPLE

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

Cita Obligatoria para Regresar a CareerCompass

Le hemos programado una cita obligatoria para regresar a CareerCompass. Usted debe presentarse en el local del programa listado a continuación. Si no puede cumplir esta cita, favor de llamar al siguiente número telefónico.

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

Indicaciones de viaje: Favor de llamar a la MTA al **718-330-1234** o visitar <http://www.mta.info>.

(Voltee la página)

Favor de traer lo siguiente a la cita:

Si se le presenta una emergencia o si necesita reprogramar la cita, llame antes de la misma al número de teléfono indicado en la **página 1**. Favor de no traer a niños a esta cita.

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

SAMPLE

Firma del Solicitante/Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Trabajador: _____ Fecha: _____

¿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: _____
Case Type: _____
Caseload: _____

Mandatory Return Appointment to YouthPathways

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



Appointment Date: _____



Time: _____



Telephone: _____

Provider Name: _____



Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

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

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

(Turn page)

If you have an emergency or need to reschedule this appointment, call the telephone number listed on **page 1** before your appointment. Please do not bring any children with you to this appointment.

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

Applicant/Participant Signature: _____ Date: _____

Worker Signature: _____ Date: _____

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

Cita Obligatoria para Volver a YouthPathways

Le hemos programado una cita obligatoria para que vuelva a Youthpathways. Usted tiene que presentarse en el local del programa que sigue a continuación. Si no puede cumplir esta cita, favor de llamar al número de teléfono que sigue a continuación.

 Fecha de la cita: _____  Hora: _____  Teléfono: _____
Nombre del proveedor: _____
 Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de viaje: Favor de llamar a la MTA al **718-330-1234** o visitar la página <http://www.mta.info>.

Favor de traer lo siguiente a la cita:

(Voltee la página)

Si se le presenta alguna emergencia o si necesita reprogramar la cita, llame antes de la misma al número de teléfono indicado en la **página 1**. Favor de no traer a niños a esta cita.

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

Firma del solicitante/participante: _____ Fecha: _____

Firma del trabajador: _____ Fecha: _____

¿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.

SAMPLE

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

Appointment with CareerCompass for Reassessment

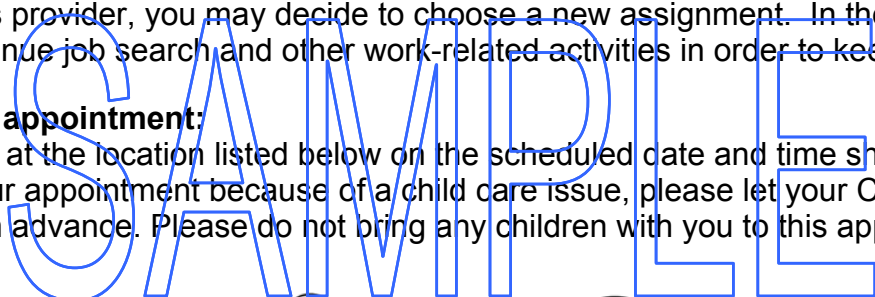
You have an appointment with your CareerCompass provider, _____, to check-in. Since CareerCompass is responsible for making sure that you are getting the services that best meet your career needs, this appointment is a chance to discuss your progress. The goal is to find out what is working and what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




What this means for your current assignment:

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

Reassessment appointment:

You must report at the location listed below on the scheduled date and time shown. If you cannot keep your appointment because of a child care issue, please let your CareerCompass provider know in advance. Please do not bring any children with you to this appointment.



 Appointment Date: _____  Time: _____  Telephone: _____

Provider Name: _____

 Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

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

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

(Turn page)

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.

SAMPLE

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

Cita para Reevaluación con CareerCompass




Usted tiene una cita de seguimiento con su proveedor de CareerCompass, _____. Debido a que CareerCompass es responsable de brindarle los servicios más adecuados para sus metas profesionales, esta cita le brinda la oportunidad de analizar su progreso. La cita tiene por objeto establecer lo que facilita su progreso, así como los cambios eventuales que se necesiten efectuar.

Lo que esto significa para su asignación actual:

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

Cita de reevaluación:

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

 Fecha de la cita: _____  Hora: _____  Teléfono: _____

Nombre del proveedor: _____

 Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de viaje: Favor de llamar a la MTA al **718-330-1234** o visitar <http://www.mta.info>.

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

(Voltee la página)

¿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.

SAMPLE

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

Appointment with YouthPathways for Reassessment

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

What this means for your current assignment:

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

Reassessment appointment:

You must report at the location listed below on the scheduled date and time shown. If you cannot keep your appointment because of a child care issue, please let your YouthPathways provider know in advance. Please do not bring any children with you to this appointment.



Appointment Date: _____



Time: _____



Telephone: _____

Provider Name: _____



Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

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

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

(Turn page)

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.

SAMPLE

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

Cita para la Reevaluación con YouthPathways

Usted tiene una cita de seguimiento con su proveedor de YouthPathways, _____. Debido a que YouthPathways es responsable de brindarle los servicios más adecuados para sus metas profesionales, esta cita brinda la oportunidad de conversar sobre su progreso. La cita tiene por objeto establecer lo que da resultado y lo que se debe cambiar.

Lo que esto significa para su asignación actual:

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

Cita de reevaluación:

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



Fecha de la cita: _____



Hora: _____



Teléfono: _____

Nombre del proveedor: _____



Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de viaje: Favor de llamar a la MTA al **718-330-1234** o visitar la página <http://www.mta.info>.

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

(Voltee la página)

¿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.

SAMPLE

Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement A and B (FHEPS A and B) Application

1. Client Information

Head of Household's First Name _____ MI _____ Last Name _____

Current Mailing Address Street _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Phone Number _____ Alternate Phone Number _____

Cash Assistance (CA) Case Number _____

Are you in a special assessment situation? Yes No

2. Reason for Application

Check one:

FHEPS to stay in your apartment

New FHEPS application to move to new apartment (*enter new address at bottom of page 1*)

Are you moving from an HRA or DHS Shelter? Yes No

If No, reason for move:

Move from one FHEPS apartment to another FHEPS apartment (*enter new address at bottom of page 1*)

Reason for move: (*Must include good cause to justify move*)

New apartment Address (if applicable)

Street _____

City _____ State _____ Zip Code _____

(Turn page)

2. Reason for Application (continued)

- FHEPS Modification:
- Change in Income
 - Change in Rent
 - Change in Household Composition
- Application to Restore FHEPS; Prior Approval Date: _____

3. Proof of Eviction Proceeding (only required if you are facing eviction or have been evicted)

Select the document(s) that is being used as proof of a past/present eviction proceeding:

- Proof of an eviction proceeding, such as a Housing Court petition, judgment, order, or stipulation.
- Foreclosure Proceeding. Notice of possession (or writ of assistance), judgment of foreclosure, or notice of petition and holdover.
- Proof of Court-Ordered or City Agency vacate order.
- Proof that the household has to leave the apartment for health and/or safety reasons as determined by a City agency.

Does someone in the CA household appear as a tenant of record on the documents used as proof?

- Yes (skip to section 4)
- No (proof of residency at the time of the eviction proceeding must be provided.)

Indicate documentation submitted as proof of residency at the time of the eviction proceeding:

- Lease or agreement
- DMV Records
- School Records
- Bank Statements
- Phone / Utility Bill
- Other (please indicate)

(Turn page)

4. People Who Will Live in the Apartment

List all people who will live in the apartment. Include any individuals who are not receiving Cash Assistance and any individuals who have not moved into the apartment yet (such as a roommate).

The person listed on line 1 should be the head of household.

No.	Last Name	First Name, MI	Date of Birth	Relationship to Head of Household
1				Self
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

SAMPLE

(Turn page)

5. Income of People Who Will Live in the Apartment

If any person who will live in the apartment has income, please indicate in "Monthly Income" column below. Indicate the source of each individual's income (e.g. CA, Supplemental Security Income (SSI), Job, Foster Care payments).

No.	Name	Monthly Income	Income Source(s)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

6. Lease Information for Apartment to Receive FHEPS Supplement

Is there a current lease or agreement for this apartment? Yes No

If yes, what is the lease renewal date? _____

If yes, is this lease information for the current apartment or a new apartment? Current New

If there is no lease or if the lease or rental agreement expires in less than 1 year, you must explain or provide proof that you can stay in the apartment for at least 1 year after your application is approved. (*Enter explanation below*)

Is the applicant household named in the lease or agreement? Yes No

If No, please verify that each requirement below is met:

The tenant of record must have a lease or otherwise have residency rights for at least 12 months for the residence at the time of approval of the application; **and**, Yes No

The tenant of record must have an income below 200% of the Federal Poverty Level; **and**, Yes No

The applicant(s) must be named as co-tenant on the tenant of record's lease, in a court stipulation, or in a written agreement with the tenant of record or landlord that grants residency rights for at least 12 months from the time of application. Yes No

(Turn page)

7. Rental Information

Total Monthly Rent \$ _____ (If FHEPS To Stay, also see Worksheet on p. 7.)

Is the apartment rent regulated, controlled or stabilized? Yes No

If yes, is the current rent a preferential rent? Yes No

If yes, what is the maximum legal rent? _____

If the household has a roommate, please provide proof of ability to pay rent and date residency will begin.

Residency Start Date: _____

List contribution(s) to Rent by individuals or organizations who are not part of the CA household. This includes roommates or other individuals who are not on CA, whether or not they live/will live in the apartment.

Name	Rent Contribution
SAMPLE	

8. Arrears (if arrears are not being requested, please skip to Section 9)

Total Rent Arrears Requested \$ _____ (see attached worksheets)

If total rent arrears requested are over \$9,000, please describe any special circumstances:

Is the applicant's name on the submitted eviction documentation? Yes No

If the applicant's name is not on the submitted eviction documentation, the applicant must submit proof of the family's portion of the accrued rent arrears for any period of time when the FHEPS family resided in the apartment.

Indicate documentation submitted as proof of residency at time of the accrued rent arrears:

- Lease or agreement
- DMV Records
- School Records
- Bank Statements
- Phone / Utility Bill
- Other (please indicate)

(Turn page)

8. Arrears (continued)

Are there arrears for a time period when the applicant was not living in the apartment?

Yes No

If yes, list the time period(s):

9. Applicant/Participant Agreement *(by signing below, you acknowledge that you have read, understood, and agree to the following)*

I agree that my full monthly rent is \$ _____ and that I owe my landlord the amount that my rent supplement and Cash Assistance (CA) grant does not cover.

I agree to inform the household member(s) who are not part of the CA case of their obligation to pay their share of the rent either directly to the landlord or to me as a contribution to household expenses.

I agree to have my rent supplement from HRA sent directly to my landlord and to report to my Job Center within 10 days if I learn that my landlord has changed or has a new mailing address.

I agree to report to my Job Center within 10 days and make an appointment with my preparer (if appropriate) within 10 days if anyone moves in or out of my home, if my income changes, if anyone is accepted for SSI, if the income of anyone else in my home changes (except for yearly cost of living increases) or if my rent changes. While this application is pending, I will report these changes to my preparer.

If I receive a rent supplement, I understand I cannot move without first obtaining written approval from NYC HRA for the move. I understand that I must complete a new application.

If I am requesting arrears, I acknowledge that the preparer explained and completed the necessary worksheets for me.

Applicant/Participant Signature

Date

10. Preparer Information

Worker Name _____

Location _____

Telephone Number _____ Extension (if any) _____

(Turn page)

11. FHEPS to Stay Worksheet

Family Size *	Maximum CA Shelter Allowance **	Maximum Rent Allowed	Enhanced Maximum Rent (Allowed Based on Good Cause ONLY) ***
1	\$277	\$1,018	\$1,228
2	\$283	\$1,064	\$1,284
3	\$400	\$1,273	\$1,534
4	\$450	\$1,273	\$1,534
5	\$501	\$1,643	\$1,980
6	\$524	\$1,643	\$1,980
7	\$546	\$1,843	\$2,224
8	\$546	\$1,843	\$2,224
9	\$546	\$1,893	\$2,562
10	\$546	\$1,944	\$2,562
11	\$546	\$1,995	\$2,908
12	\$546	\$2,045	\$2,908
13	\$546	\$2,096	\$3,255
14	\$546	\$2,147	\$3,255
15	\$546	\$2,197	\$3,602
16	\$546	\$2,248	\$3,602
17	\$546	\$2,298	\$3,950
18	\$546	\$2,349	\$3,950
19	\$546	\$2,400	\$4,297
20	\$546	\$2,450	\$4,297

SAMPLE

* Number of Family members in receipt of CA

** Based on the standard shelter allowances as of October 2017

*** There must be a good cause reason to apply the Enhanced Maximum Rent, which will be evaluated on a case-by-case basis. Explain below any good cause for applying the Enhanced Maximum Rent. If the only reason is the landlord's unwillingness to lower the rent, documentation must be provided that the landlord (or his/her representative) was contacted and refused to reduce the rent to the "Maximum Rent Allowed."

(Turn page)

12: Monthly Accounting of Arrears Worksheet

Month	Rent Charged	Rent Paid	Rent Still Due	Categories of Rent Still Due					
				A.	B.	C.	D.	E.	F.
				Stale Checks	Failure to Receive Full Shelter	Amount in Excess of Shelter Allowance	Amount Subject to Advance Recoupment	Amount Payable as Applicant	Other
Totals									

SAMPLE

INSTRUCTIONS: Amounts in columns "A" through "F" must equal "Rent Still Due"

1. If the column does not apply to this case, write "N/A". "E" and "F" can be left blank if these situations do not apply.
2. Shelter allowance lost due to sanctions must be included in column "F", but cannot be paid by HRA. See Worksheet on **Page 9** for calculating "sanction arrears" that cannot be paid by HRA.

No arrears will be paid unless documentation is presented that shows that arrears that cannot be paid by HRA will be paid by the client or a third party or forgiven by the landlord.

(Turn page)

13: Sanction Worksheet

This worksheet is to be used for months prior to the application for FHEPS or FHEPS Reinstatement when there was a Cash Assistance sanction in effect.

Worksheet for Calculating FHEPS Sanction Arrears that Cannot be Paid by HRA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Sanction Month	Total Number in CA Household (including sanctioned individuals[s])	Number of Individuals Sanctioned	Standard CA Shelter Allowance for Household	Rent Charged for a Month	Rent Charged for a Month in Excess of Shelter Allowance (Column 5 - Column 4)	Maximum FHEPS Supplement Amount	Lesser of Column 6 and Column 7 Amounts	Supplement Sanction Arrears Not to be paid (Column 3 divided by Column 2) X Column 8*	Reduction (if any) in Shelter Allowance on Account of Sanction Not to be paid	Total FHEPS Sanction Arrears Not to be paid (Column 9 + Column 10)
Totals										

SAMPLE

* For child support enforcement sanctions, multiply column 8 by 25%. In the case of both a child support and an employment sanction, (A) multiply column 8 by 25% to get the child support sanction amount, (B) multiply column 8 by 75% and multiply the result by column 3 divided by column 2, to get the employment sanction amount, and (C) add the results in A and B together to get the total sanction amount.

Total Sanction Arrears for a given month should be inserted in the worksheet in Section 12, Column "F" on Page 8 as sanction arrears that cannot be paid by HRA. If the sanction was in effect for only one cycle in the month, divide by two and note in columns 9 and 10 above.

Solicitud del Suplemento de las Familias Sin Techo y de Prevención de Desalojamiento A y B (FHEPS A y B)

1. Información del cliente

Nombre del jefe del hogar _____ | _____ Apellido _____

Dirección postal actual Calle _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono _____ Número de teléfono alternativo _____

Número del Caso de Asistencia en Efectivo (CA por sus siglas en inglés) _____

¿Se encuentra usted en una situación de evaluación especial? Sí No

2. Motivo de la solicitud

Marque una casilla:

- FHEPS para permanecer en su apartamento
 Nueva solicitud de FHEPS para mudarse a nuevo apartamento (*ingrese la nueva dirección en la parte inferior de la página 1*)

¿Se está mudando de un refugio de la HRA o DHS? Sí No

En caso negativo, motivo de la mudanza:

- Mudanza de un apartamento FHEPS a otro apartamento FHEPS (*ingrese la nueva dirección en la parte inferior de la página 1*)

Motivo de la mudanza: (*Se debe incluir motivo justificado por la mudanza*)

Dirección del nuevo apartamento (si corresponde)

Calle _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

(Voltee la página)

2. Motivo de la solicitud (continuación)

- Modificación de FHEPS:
- Cambio de ingreso
 - Cambio en el alquiler
 - Cambio en la composición del hogar
- Solicitud para restaurar FHEPS; fecha de aprobación anterior: _____

3. Prueba de procedimiento judicial de desalojamiento (sólo necesaria si usted se enfrenta al desalojamiento o ya ha sido desalojado[a])

Seleccione el/los documento(s) que sirva(n) de prueba de procedimiento judicial de desalojamiento anterior/actual:

- Prueba de procedimiento judicial de desalojamiento, como petición del Tribunal de Vivienda, fallo, orden, o estipulación.
- Ejecución hipotecaria. Aviso de posesión (o mandamiento de asistencia), fallo de ejecución hipotecaria, o aviso de petición y retención.
- Prueba de orden de desocupación por parte de tribunal o agencia de la ciudad.
- Prueba de que los miembros del hogar tienen que salir del apartamento por motivos de salud y/o de seguridad tal como lo ha determinado una agencia de la ciudad.

¿Figura algún miembro del hogar de CA como inquilino oficial en los documentos usados como prueba?

- Sí (proceda a la sección 4)
- No (se debe presentar prueba de residencia a la hora del proceso de desalojamiento)

Indique la documentación presentada como prueba de residencia a la hora del procedimiento de desalojamiento:

- Contrato o acuerdo de arrendamiento
- Expedientes de departamento de motores y vehículos
- Expedientes académicos
- Extractos de cuentas bancarias
- Factura de teléfono / de servicios públicos
- Otro documento (favor de indicar)

(Voltee la página)

4. Personas que vivirán en el apartamento

Liste a todas las personas quienes vivirán en el apartamento. Incluya a toda persona quien no reciba Asistencia en Efectivo y a toda persona quien aún no se haya mudado al apartamento (como compañero de cuarto).

La persona listada en la línea 1 debe ser el jefe del hogar.

Núm.	Apellido	Nombre, inicial	Fecha de nacimiento	Relación con el jefe del hogar
1				Sí mismo(a)
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8	SAMPLE			
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

(Voltee la página)

5. Ingreso de los residentes futuros del apartamento

Si cualquier persona que vivirá en el apartamento gana ingreso, favor de indicarlo en la columna "Ingreso Mensual" más abajo. Indique la fuente del ingreso de cada persona (p.ej., CA, Ingreso de Seguridad Suplementaria [SSI], trabajo, pagos de cuidado de crianza).

Núm.	Nombre	Ingreso mensual	Fuente(s) de ingreso
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

6. Información sobre el contrato de arrendamiento para que el apartamento reciba suplemento de FHEPS

¿Hay contrato o acuerdo de arrendamiento actual para este apartamento? Sí No

¿En caso afirmativo, cuál es la fecha de renovación del contrato de arrendamiento?

En caso afirmativo, es esta información del contrato de arrendamiento para el actual apartamento o para uno nuevo? Actual Nuevo

Si no hay contrato de arrendamiento o si el contrato o acuerdo de arrendamiento se vence en menos de 1 año, usted debe explicar o proporcionar prueba de que usted puede permanecer en el apartamento durante por lo menos 1 año después de que se apruebe su solicitud (*anote la explicación más abajo*)

¿Se nombra al hogar solicitante en el contrato o acuerdo de arrendamiento? Sí No

En caso negativo, favor de verificar que se cumplan todos los requisitos más abajo:

El inquilino oficial debe tener un contrato de arrendamiento o sino tener derecho de residencia de por lo menos 12 meses para la residencia en cuestión a la hora de la aprobación de la solicitud; **y**, Sí No

El ingreso del inquilino oficial debe ser inferior al 200% del nivel de pobreza federal; **y**, Sí No

El/los solicitante(s) debe(n) estar nombrado(s) como coinquilinos en el contrato de arrendamiento del inquilino oficial, en una estipulación judicial, o en un acuerdo por escrito con el inquilino oficial o arrendador que otorgue el derecho de residencia durante por lo menos 12 meses desde la fecha de la solicitud. Sí No

(Voltee la página)

7. Información de alquiler

Alquiler mensual total \$ _____ (si FHEPS Para Permanecer, vea también la hoja de cálculos en la página 7)

¿Tiene el apartamento alquiler regulado, controlado o estabilizado? Sí No

En caso afirmativo, ¿es el alquiler actual preferencial? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es el alquiler máximo legal? _____

Si hay un compañero de cuarto en el hogar, favor de proporcionar prueba de la capacidad de pagar alquiler y la fecha en que comenzará la residencia.

Fecha de Comienzo de la Residencia: _____

Lista de contribución(es) de alquiler por personas u organizaciones que no sean parte del hogar de CA. Esto incluye a compañeros de cuarto u otras personas que no reciban CA, independientemente de si viven/vivirán en el apartamento.

Nombre	Contribución de alquiler

8. Atrasos (si no se han solicitado atrasos, favor de proceder a la Sección 9)

Total de atrasos de alquiler reclamados \$ _____

Si el total de los atrasos de alquiler reclamados suman más de \$9,000, favor de explicar cualquier circunstancia especial:

¿Figura el nombre del solicitante en la documentación de desalojamiento presentada?

Sí No

Si el nombre del solicitante no figura en la documentación de desalojamiento presentada, el solicitante debe proporcionar prueba de la porción familiar de atrasos de alquiler acumulados por cualquier período de tiempo cuando la familia de FHEPS residía en el apartamento.

Indique la documentación presentada como prueba de residencia a la hora de los atrasos de alquiler acumulados:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contrato o acuerdo de arrendamiento | <input type="checkbox"/> Expedientes del departamento de motores y vehículos |
| <input type="checkbox"/> Expedientes académicos | <input type="checkbox"/> Extractos de cuentas |
| <input type="checkbox"/> Factura de teléfono / de servicios públicos | |
| <input type="checkbox"/> Otro documento (favor de indicar) | <div style="border: 1px solid black; width: 450px; height: 20px;"></div> |

(Voltee la página)

8. Atrasos (continuación)

¿Hay atrasos por algún período durante el cual el solicitante no vivía en el apartamento?

Sí No

En caso afirmativo, liste el/los período(s):

9. Acuerdo del Solicitante/Participante (al firmar más abajo, usted reconoce haber leído, entendido, y acordado lo siguiente)

Estoy de acuerdo con que la suma de mi alquiler total mensual es de \$ _____ y que le debo a mi arrendador la cantidad no cubierta por mi suplemento de alquiler y la concesión de mi Asistencia en Efectivo (CA por sus siglas en inglés).

Acuerdo informar a los miembros del hogar quienes no sean parte del caso de CA de su obligación de pagar su porción del alquiler, ya sea directamente al arrendador o a mí, como contribución a los gastos del hogar.

Acuerdo que se envíe mi suplemento de alquiler de la HRA directamente a mi arrendador y a presentarme en mi Centro de Trabajo dentro de 10 días si averiguo que mi arrendador ha cambiado o tiene una nueva dirección postal.

Acuerdo presentarme a mi Centro de Trabajo dentro de 10 días y programar una cita con la persona que rellene el formulario (en caso apropiado) dentro 10 días si alguien se muda a mi apartamento o fuera del mismo, si mi ingreso cambia, si se acepta a alguien para recibir SSI, si el ingreso de cualquier otra persona en el hogar cambia (excepto por el incremento del costo anual de vida) o si cambia mi alquiler. Mientras esta solicitud está pendiente, reportaré estos cambios a mi preparador.

Si recibo el suplemento de alquiler, entiendo que no puedo mudarme sin primero obtener aprobación por escrito de parte de HRA de la ciudad de Nueva York. Entiendo que debo rellenar una nueva solicitud.

 Picture

Firma del solicitante/participante

Fecha

10. Información de la persona que rellene el formulario

Nombre del trabajador _____

Ubicación _____

Número de teléfono _____ Extensión (de haberla) _____

(Voltee la página)

11. Hoja de cálculos de FHEPS Para Permanecer

Número de personas en la familia *	Máxima asignación de albergue de CA**	Máximo alquiler permitido	Máximo alquiler incrementado (<i>SÓLO permitido basado en motivo justificado</i>) ***
1	\$277	\$1,018	\$1,228
2	\$283	\$1,064	\$1,284
3	\$400	\$1,273	\$1,534
4	\$450	\$1,273	\$1,534
5	\$501	\$1,643	\$1,980
6	\$524	\$1,643	\$1,980
7	\$546	\$1,843	\$2,224
8	\$546	\$1,843	\$2,224
9	\$546	\$1,893	\$2,562
10	\$546	\$1,944	\$2,562
11	\$546	\$1,995	\$2,908
12	\$546	\$2,045	\$2,908
13	\$546	\$2,096	\$3,255
14	\$546	\$2,147	\$3,255
15	\$546	\$2,197	\$3,602
16	\$546	\$2,248	\$3,602
17	\$546	\$2,298	\$3,950
18	\$546	\$2,349	\$3,950
19	\$546	\$2,400	\$4,297
20	\$546	\$2,450	\$4,297

* Número de miembros de la familia que reciben CA

** Basado en la norma de asignaciones monetarias de albergue a partir de octubre 2017

*** Debe haber motivo justificado para solicitar el Alquiler Máximo Incrementado, el cual se evaluará caso por caso. Explique más abajo cualquier motivo justificado para solicitar el Alquiler Máximo Incrementado. Si el único motivo es el rehuso del arrendador de reducir el alquiler, se debe proporcionar documentación de que se estableció comunicación con el arrendador (o su representante) y de que éste se rehusó a reducir el alquiler al "Alquiler Máximo Incrementado."

12: Monthly Accounting of Arrears Worksheet

Month	Rent Charged	Rent Paid	Rent Still Due	Categories of Rent Still Due					
				A.	B.	C.	D.	E.	F.
				Stale Checks	Failure to Receive Full Shelter	Amount in Excess of Shelter Allowance	Amount Subject to Advance Recoupment	Amount Payable as Applicant	Other
Totals									

SAMPLE

INSTRUCTIONS: Amounts in columns "A" through "F" must equal "Rent Still Due"

1. If the column does not apply to this case, write "N/A". "E" and "F" can be left blank if these situations do not apply.
2. Shelter allowance lost due to sanctions must be included in column "F", but cannot be paid by HRA. See Worksheet on **Page 9** for calculating "sanction arrears" that cannot be paid by HRA.

No arrears will be paid unless documentation is presented that shows that arrears that cannot be paid by HRA will be paid by the client or a third party or forgiven by the landlord.

(Turn page)

13: Sanction Worksheet

This worksheet is to be used for months prior to the application for FHEPS or FHEPS Reinstatement when there was a Cash Assistance sanction in effect.

Worksheet for Calculating FHEPS Sanction Arrears that Cannot be Paid by HRA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Sanction Month	Total Number in CA Household (including sanctioned individuals[s])	Number of Individuals Sanctioned	Standard CA Shelter Allowance for Household	Rent Charged for a Month	Rent Charged for a Month in Excess of Shelter Allowance (Column 5 - Column 4)	Maximum FHEPS Supplement Amount	Lesser of Column 6 and Column 7 Amounts	Supplement Sanction Arrears Not to be paid (Column 3 divided by Column 2) X Column 8*	Reduction (if any) in Shelter Allowance on Account of Sanction Not to be paid	Total FHEPS Sanction Arrears Not to be paid (Column 9 + Column 10)
Totals										

SAMPLE

* For child support enforcement sanctions, multiply column 8 by 25%. In the case of both a child support and an employment sanction, (A) multiply column 8 by 25% to get the child support sanction amount, (B) multiply column 8 by 75% and multiply the result by column 3 divided by column 2, to get the employment sanction amount, and (C) add the results in A and B together to get the total sanction amount.

Total Sanction Arrears for a given month should be inserted in the worksheet in Section 12, Column "F" on Page 8 as sanction arrears that cannot be paid by HRA. If the sanction was in effect for only one cycle in the month, divide by two and note in columns 9 and 10 above.

Expiration Date: _____

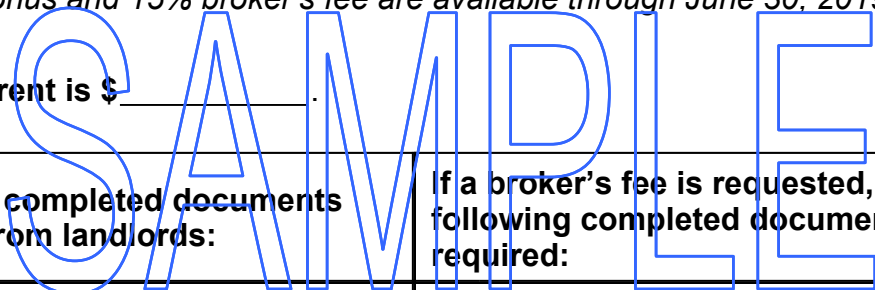
Potential Eligibility for Family Homelessness and Eviction Prevention Supplement (FHEPS)

_____ 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, 2019.

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: _____

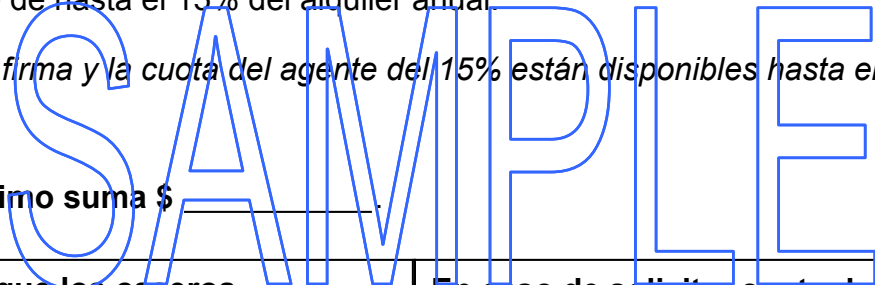
Posible Elegibilidad para el Suplemento de la Prevención de Desahucio y del Estado sin Techo de Familias (FHEPS)

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 2019.*

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), 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. 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): _____



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Case Address: _____

Landlord: _____

Notice to Participant: Restriction of Rent Payment

Dear Participant:

You received a rent advance on _____ to stop eviction.

From now on your rent payments will be sent to your landlord twice a month. This is called a rent restriction.

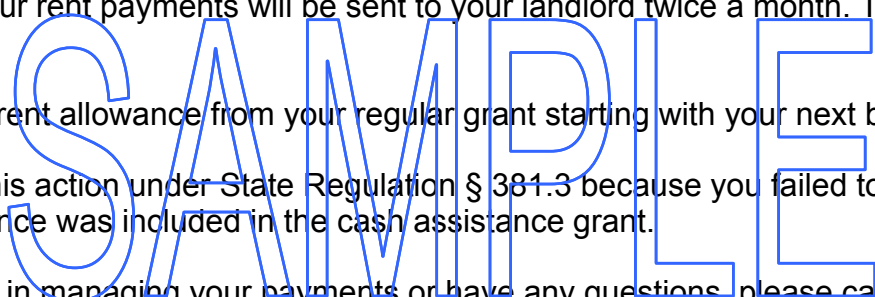
We will remove rent allowance from your regular grant starting with your next benefit.

We are taking this action under State Regulation § 381.3 because you failed to pay rent when your rent allowance was included in the cash assistance grant.

If you need help in managing your payments or have any questions, please call your Center at _____.

We will send a copy of this notice to your landlord.

You can view payments made to you or for you on the ACCESS HRA website, www.nyc.gov/accesshra and our NYC ACCESS HRA mobile app. The mobile app is available for free in the Apple App and Google Play stores.



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.

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

(Turn page)

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (a conference is an informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for Cash Assistance, medical assistance, or social services issues; and you must ask within ninety (90) days for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) issues.

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

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

(1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)

(2) **WRITE:** Send a copy (and keep a copy for yourself) of this entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:

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

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

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

(5) **ONLINE:** Complete an online request form at:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

(Turn page)

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer, or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

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

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

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

AVAILABILITY OF POLICY MATERIALS: The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) policy issuances and HRA policy issuances and manuals are available to you or your representative to determine whether a fair hearing should be requested or to prepare for a fair hearing. OTDA policy issuances and manuals are posted on the OTDA website at <http://www.otda.ny.gov/legal>. In addition, upon request to HRA, specific OTDA and HRA policy issuances and manuals are also available to explain how the agency reached its determination. To request policy issuances and manuals, call **(718) 722-5012**, or fax **(718) 722-5018**, or email CRO@hra.nyc.gov or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

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

(Turn page)

FAIR HEARING REQUEST

Continuing Your Benefit(s): If our decision affects your benefits and you ask for a Fair Hearing within ten (10) days of the date of this notice, we will restore your benefits to the level that they were at before this notice, until a Fair Hearing decision is issued. If you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, your benefits will not be restored to the level that they were at before this notice.

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits that you received, but should not have received, while you were waiting for the Fair Hearing decision. If you ask for a Fair Hearing and you do not want your benefits to be restored while you wait for the decision to be issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing, OR check the box below and send back this notice.

I do not want my benefits restored while I wait for the Fair Hearing decision to be issued.

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

SAMPLE

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

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Dirección del Caso: _____

Casero: _____

Aviso al Participante: Restricción del Pago de Alquiler

Estimado(a) participante:

Usted ha recibido un anticipo de alquiler el _____ para prevenir el desahucio.

De ahora en adelante sus pagos de alquiler se enviarán a su casero dos veces al mes. Esto se denomina restricción de alquiler.

Nosotros retiraremos la asignación de alquiler de su subsidio normal a partir de su próximo pago de beneficio.

Hemos tomado esta medida conforme a la Regla Estatal § 381.3 por usted no pagar alquiler cuando se incluyó su asignación de alquiler en el subsidio de asistencia en efectivo.

Si usted necesita ayuda en administrar sus pagos o si tiene cualquier pregunta, favor de llamar a su centro al _____.

Nosotros le enviaremos una copia de este aviso a su casero.

Puede revisar los pagos que se le han hecho a usted o a nombre suyo en el sitio Web de ACCESS HRA, www.nyc.gov/accesshra y en nuestra aplicación móvil NYC ACCESS HRA. La aplicación móvil está disponible gratis en las tiendas de Apple App y Google Play.

¿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.

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

(Voltee la página)

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

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

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

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

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

(1) POR TELÉFONO: Llame al **(800) 342-3334**.

(Favor de tener este aviso a la mano al llamar.)

(2) POR ESCRITO: Envíe una copia (y guarde una copia para sí) de todo este aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:

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

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

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

(5) POR INTERNET: Llene un formulario de petición electrónica en:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

(Voltee la página)

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

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

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratuita, puede obtener tal asistencia al comunicarse con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede ubicar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercana al buscar en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

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

DISPONIBILIDAD DE MATERIALES DE POLÍTICA: Las expediciones de la política de la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados (OTDA) y las expediciones de la política y manuales de la HRA están disponibles para usted y su representante para determinar si se debe solicitar una Audiencia Imparcial y prepararse para la misma. Las expediciones y manuales de la política de OTDA se publican en el sitio Web de la OTDA en <http://www.otda.ny.gov/legal>. Además, previa solicitud a la HRA, hay disponibles expediciones y manuales que explican cómo la agencia llegó a su determinación. Para solicitar expediciones de políticas y manuales, llame al **(718) 722-5012**, o envíe un fax al **(718) 722-5018**, o envíe correo electrónico a CRO@hra.nyc.gov, o escriba a **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

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

(Voltee la página)

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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

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

No deseo que se restauren mis beneficios mientras espero que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial.

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

SAMPLE

En Letras
de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____

Notice of Intent to Reduce Cash Assistance Public Shelter Resident

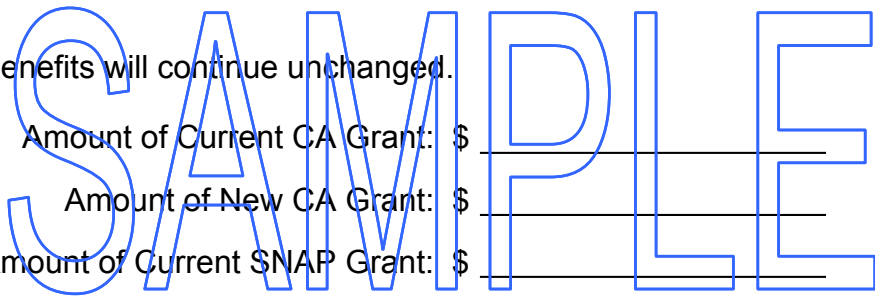
We will reduce your cash assistance grant starting _____. This is because you are currently living in a public shelter that provides you with meals.

For more information refer to law 18 NYCRR § 352.8.

Your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) grant will be increased or remain unchanged.

Your Medicaid benefits will continue unchanged.

Amount of Current CA Grant: \$ _____
Amount of New CA Grant: \$ _____
Amount of Current SNAP Grant: \$ _____
Amount of New SNAP Grant: \$ _____



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.

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

(Turn page)

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (a conference is an informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for Cash Assistance, medical assistance, or social services issues; and you must ask within ninety (90) days for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) issues.

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

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

(1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)

(2) **WRITE:** Send a copy (and keep a copy for yourself) of this entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:

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

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

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

(5) **ONLINE:** Complete an online request form at:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

(Turn page)

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer, or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

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

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

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

AVAILABILITY OF POLICY MATERIALS: The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) policy issuances and HRA policy issuances and manuals are available to you or your representative to determine whether a fair hearing should be requested or to prepare for a fair hearing. OTDA policy issuances and manuals are posted on the OTDA website at <http://www.otda.ny.gov/legal>. In addition, upon request to HRA, specific OTDA and HRA policy issuances and manuals are also available to explain how the agency reached its determination. To request policy issuances and manuals, call **(718) 722-5012**, or fax **(718) 722-5018**, or email CRO@hra.nyc.gov or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

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

(Turn page)

FAIR HEARING REQUEST

Continuing Your Benefit(s): If our decision affects your benefits and you ask for a Fair Hearing within ten (10) days of the date of this notice, we will restore your benefits to the level that they were at before this notice, until a Fair Hearing decision is issued. If you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, your benefits will not be restored to the level that they were at before this notice.

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits that you received, but should not have received, while you were waiting for the Fair Hearing decision. If you ask for a Fair Hearing and you do not want your benefits to be restored while you wait for the decision to be issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing, OR check the box below and send back this notice.

I do not want my benefits restored while I wait for the Fair Hearing decision to be issued.

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

SAMPLE

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

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Aviso de la Intención de Reducir la Asistencia en Efectivo Residente de Refugio Público

Nosotros reduciremos su subsidio de Asistencia en Efectivo a partir del _____. Esto se debe a que usted actualmente reside en refugio público que le provea comidas.

Para más información, remítase a la ley 18 NYCRR § 352.8.

Su subsidio del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) se incrementará o permanecerá sin cambios.

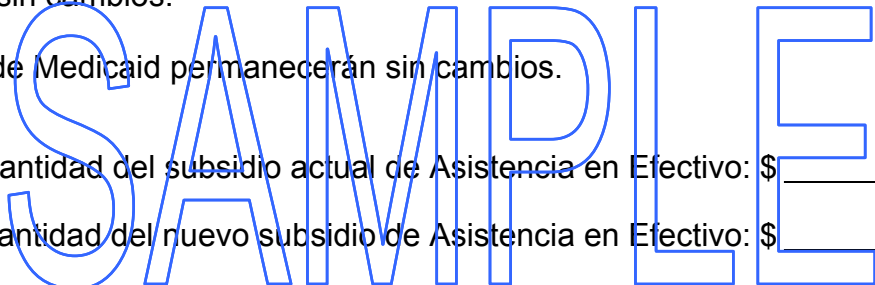
Sus beneficios de Medicaid permanecerán sin cambios.

Cantidad del subsidio actual de Asistencia en Efectivo: \$ _____

Cantidad del nuevo subsidio de Asistencia en Efectivo: \$ _____

Cantidad del subsidio actual de SNAP: \$ _____

Cantidad del nuevo subsidio de SNAP: \$ _____



¿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.

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

(Voltee la página)

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

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

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

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

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

(1) POR TELÉFONO: Llame al **(800) 342-3334**.

(Favor de tener este aviso a la mano al llamar.)

(2) POR ESCRITO: Envíe una copia (y guarde una copia para sí) de todo este aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:

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

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

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

(5) POR INTERNET: Llene un formulario de petición electrónica en:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

(Voltee la página)

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

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

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratuita, puede obtener tal asistencia al comunicarse con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede ubicar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercana al buscar en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

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

DISPONIBILIDAD DE MATERIALES DE POLÍTICA: Las expediciones de la política de la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados (OTDA) y las expediciones de la política y manuales de la HRA están disponibles para usted y su representante para determinar si se debe solicitar una Audiencia Imparcial y prepararse para la misma. Las expediciones y manuales de la política de OTDA se publican en el sitio Web de la OTDA en <http://www.otda.ny.gov/legal>. Además, previa solicitud a la HRA, hay disponibles expediciones y manuales que explican cómo la agencia llegó a su determinación. Para solicitar expediciones de políticas y manuales, llame al **(718) 722-5012**, o envíe un fax al **(718) 722-5018**, o envíe correo electrónico a CRO@hra.nyc.gov, o escriba a **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

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

(Voltee la página)

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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

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

No deseo que se restauren mis beneficios mientras espero que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial.

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

SAMPLE

En Letras
de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____



SAMPLE

PUT THEM TO BED AS IF THEIR LIFE DEPENDS ON IT. BECAUSE IT DOES.

Babies sleep safest on their backs. It makes it easier for them to breathe, and they are less likely to choke if they spit up.

Babies sleep safest alone, on their backs, in a bare crib or bassinet — not in bed with you.



NO PILLOWS



NO BLANKETS



NO TOYS



NOT ON THEIR BELLY



NOT IN BED WITH YOU

To learn more about Safe Sleep visit nyc.gov/safesleep or call 311.

#NYCSafeSleep



Administration for Children's Services
David A. Hansell
Commissioner

Department of Health & Mental Hygiene
Mary T. Bassett, MD, MPH
Commissioner



SAMPLE

PÓNGALOS A DORMIR COMO SI FUERA UNA CUESTIÓN DE VIDA O MUERTE. PORQUE LO ES.

Los bebés duermen más seguros boca arriba. Les es más fácil respirar y hay menos riesgo de que se ahoguen si vomitan.

Los bebés duermen más seguros solos, boca arriba, en una cuna o moisés vacíos: no en la cama con usted.



NO ALMOHADAS



NO COBIJAS



NO JUGUETES



NO BOCA ABAJO



**NO EN LA CAMA
CON USTED**

Para obtener más información sobre el sueño seguro para bebés, visite nyc.gov/safesleep o llame al 311.



Oficina del Alcalde

Administración
de Servicios
para Niños

David A. Hansell
Comisionado

Departamento
de Salud y
Salud Mental

Mary T. Bassett, MD, MPH
Comisionada



POS Applicant Interview Guide

If you complete this form, it will help speed up the interview. You do not need to complete this form. For each question, check "Yes," "No" or "Don't know." If you do not understand a question or you do not know the answer, check the box labeled "Don't know."

Give the form to the Worker when you meet with him/her.

Employment Information

Indicate if you or anyone who lives with you that is applying:

1. Is participating in a strike.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
2. Is anyone in the household a migrant or seasonal farm worker.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know

What Type of Work You Would Like to Do

Please check the boxes that best describe the type of work you would like to do. This section applies to you only.

<input type="checkbox"/> Carpentry	<input type="checkbox"/> Messenger	<input type="checkbox"/> Handyman	<input type="checkbox"/> Clerical
<input type="checkbox"/> Sewing	<input type="checkbox"/> Security	<input type="checkbox"/> House Painting	<input type="checkbox"/> Data Entry
<input type="checkbox"/> Cosmetology	<input type="checkbox"/> Mechanic	<input type="checkbox"/> Child Care	<input type="checkbox"/> Receptionist
<input type="checkbox"/> Cooking	<input type="checkbox"/> Food Services	<input type="checkbox"/> Health Care	<input type="checkbox"/> Word Processing
<input type="checkbox"/> Housekeeping	<input type="checkbox"/> Domestic	<input type="checkbox"/> School Aide	<input type="checkbox"/> Sales
<input type="checkbox"/> Computer	<input type="checkbox"/> Building Maintenance	<input type="checkbox"/> Hospital Work	<input type="checkbox"/> Other Specify:
<input type="checkbox"/> Typing	<input type="checkbox"/> Construction	<input type="checkbox"/> Home Care	
<input type="checkbox"/> Photography	<input type="checkbox"/> Janitorial	<input type="checkbox"/> Livery/Taxi	

(Turn page)

Current Income

Indicate if you or anyone who lives with you receives:

1. Social Security dependent benefits.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
2. Social Security survivor's benefits.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
3. Social Security retirement benefits.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
4. Railroad retirement benefits or railroad retirement dependent benefits.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
5. Retirement benefits (pensions).	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
6. Dividends/interest from stocks, bonds, savings, etc.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
7. Worker's Compensation.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
8. New York State disability benefits.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
9. GI dependency allotments.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
10. Public Assistance grant.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
11. Rental income (received).	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
12. Alimony/support (received).	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
13. Private disability insurance-health/accident insurance policy income.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
14. No-fault insurance benefits.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
15. Union benefits (including strike benefits).	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know

SAMPLE

Grandparent/Stepparent/Non-Citizen

Please answer the following questions about your household:

1. Is anyone in your household a non-citizen who was sponsored for admission into the U.S.?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
2. Does the stepparent/grandparent of any children who live with you have any resources or receive income of any kind?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know

(Turn page)

Resources

Please indicate if you or anyone who lives with you and is applying has any of the following resources:

1. Has cash available.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
2. Has a checking account(s).	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
3. Has a savings account(s) or CD (certificate of deposit).	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
4. Has a credit union account(s).	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
5. Has stocks, bonds, certificated, or mutual funds.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
6. Has an IRA, Keogh, 401k or deferred compensation account(s)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
7. Has an irrevocable burial trust.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
8. Has a burial fund.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
9. Has a burial space.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
10. Has real estate, including income-producing and non-income-producing property.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
11. Has an annuity.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
12. Is named the beneficiary of a trust.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
13. Expects to receive a trust fund, lawsuit settlement, inheritance or income from any other sources.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
14. Has an in-trust account(s).	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
15. Has a safe deposit box.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
16. Has anyone (including your spouse even if not applying or living with you) given away any cash or sold/transferred any real estate, income or personal property in the past 36 months?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
17. Has anyone (including your spouse even if not applying or living with you) ever created a trust in the past or transferred any assets into a trust within the past 60months?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know

SAMPLE

(Turn page)

Medical

Please indicate if you or anyone who lives with you and is applying:

1. Is in a hospital, nursing home or other medical institution.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
2. Has any medical bills or medically related expenses.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
3. Is or was drug or alcohol dependent.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
4. Has been in a car accident or work-related accident in the past two years.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know

Shelter (Housing) Expenses

Please answer the following questions about your housing/shelter:

1. Does any person, group or organization outside the household pay any of the household expenses?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
2. Do you (or anyone who lives with you) have utility/telephone installation fees separate from your rent or mortgage?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know

Other Expenses

Please indicate if you or anyone who lives with you and is applying:

1. Pays tuition and/or fees.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
2. Pays court-ordered or voluntary child support.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
3. Pays alimony/spousal support.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
4. Owes at least four month's court-ordered support for a child under 21.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
5. Buys or plans to buy meals from a home delivery or communal dining service.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know

(Turn page)

Other Information

Please answer the following questions:

1. Have you or any member of your household been convicted of making a fraudulent statement or representation of residence in order to receive temporary cash assistance in two or more states?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
2. Have you or anyone who lives with you who is applying moved into this country from another New York State country within the past two months?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
3. Have you or anyone who lives with you received benefits for which they were not entitled and which have not been fully repaid to this or another agency?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
4. Have you or anyone who lives with you ever been found guilty of and/or been disqualified for Cash Assistance and/or SNAP benefits because of fraud/intentional program violation?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
5. Do you or does anyone who lives with you receive any type of assistance or services now?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
6. Have you or anyone who lives with you received assistance or services in the past?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
7. Have you sold, transferred or given away any of your property to anyone to get Temporary Assistance or SNAP benefits?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
8. Are you or any member of your household fleeing prosecution, confinement or conviction for a felony and actively being pursued by law enforcement?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
9. Are you or any member of your household violating probation or parole according to a court-order?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
10. Have you or anyone in your household ever been in the U.S. military?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
11. Has your spouse ever been in the U.S. military?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know
12. Is anyone in the household a dependent of someone who is or was in the U.S. military?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know



Guía POS para la Entrevista del Solicitante

Si usted rellena este formulario mientras espera, el trámite de su solicitud se efectuará con mayor prontitud. El rellenar este formulario es opcional. Usted no tiene que llenar este formulario. La contestación para todas las preguntas, debe ser "Sí", "No" o "No sé". Si no entiende alguna pregunta o no está seguro(a) de la contestación, debe marcar la casilla: "No sé".

Al usted reunirse con su trabajador, entréguele el formulario.

Información sobre el empleo

Indique si usted o algún otro solicitante que viva con usted:

1. Está participando en alguna huelga.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
2. Es trabajador inmigrante agricultor o estacional.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Qué clase de trabajo le gustaría desempeñar.

Favor de marcar las casillas que correspondan a trabajos que a usted le interesaría desempeñar. Esta sección es sólo para usted.

<input type="checkbox"/> Carpintería	<input type="checkbox"/> Mensajero	<input type="checkbox"/> Servicios de mantenimiento	<input type="checkbox"/> Trabajo de oficina
<input type="checkbox"/> Costura	<input type="checkbox"/> Seguridad	<input type="checkbox"/> Pintura de casas	<input type="checkbox"/> Procesamiento de Datos
<input type="checkbox"/> Cosmetología	<input type="checkbox"/> Mecánica	<input type="checkbox"/> Cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Recepcionista
<input type="checkbox"/> Cocina	<input type="checkbox"/> Servicio de comidas	<input type="checkbox"/> Servicios médicos	<input type="checkbox"/> Procesamiento de textos
<input type="checkbox"/> Limpieza de casas	<input type="checkbox"/> Trabajo doméstico	<input type="checkbox"/> Asistente escolar	<input type="checkbox"/> Ventas
<input type="checkbox"/> Computación	<input type="checkbox"/> Mantenimiento de edificios	<input type="checkbox"/> Trabajo en hospitales	<input type="checkbox"/> Especifique otro interés:
<input type="checkbox"/> Mecnografía	<input type="checkbox"/> Construcción	<input type="checkbox"/> Cuidado doméstico	
<input type="checkbox"/> Fotografía	<input type="checkbox"/> Limpieza de edificios	<input type="checkbox"/> Chofer de taxis	

(Voltee la página)

Ingreso Actual

Por favor indique si usted o alguien que viva con usted recibe dinero de:

1. Beneficios de Seguro Social para dependientes.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
2. Beneficios de Seguro Social para sobrevivientes.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
3. Jubilación de Seguro Social.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
4. Beneficios ferroviarios de jubilación o de dependientes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
5. Beneficios de jubilación (pensiones).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
6. Dividendos/intereses sobre acciones, bonos, ahorros, etc..	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
7. Indemnización Laboral.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
8. Beneficios de incapacidad del Estado de Nueva York.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
9. Asignaciones de dependencia para soldados (GIs).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
10. Subsidio de Asistencia Pública.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
11. Ingresos por pagos de alquiler (recibidos).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
12. Pensión alimenticia/manutención por divorcio o separación (recibidos).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
13. Ingreso privado de póliza de seguro de discapacidad/salud/accidentes.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
14. Beneficios para accidentes sin responsabilidad.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
15. Beneficios sindicales (incluyendo beneficios de huelga).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Abuelo(a)/Padraastro/Madrastra/No Ciudadano(a)

Favor de contestar las siguientes preguntas sobre su hogar:

1. ¿Hay algún extranjero en su familia que haya sido patrocinado(a) para ingresar a los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
2. ¿Tiene el padraastro/la madrastra del/de la abuelo(a) de cualquiera de los niños que vivan con usted recursos o recibe ingresos de cualquier tipo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

(Voltee la página)

Recursos

Favor de indicar si usted o algún solicitante que viva con usted tiene los siguientes recursos:

1. Tiene dinero en efectivo disponible.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
2. Tiene cuenta(s) corriente(s).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
3. Tiene cuenta(s) de ahorro o C.D. (certificado de depósito).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
4. Tiene cuenta(s) de asociaciones de crédito.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
5. Tiene acciones, bonos, certificados o fondos mutualistas.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
6. Tiene IRA, KEOGH, 401K o cuenta(s) de compensación diferida.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
7. Tiene fondo fiduciario irrevocable de entierro.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
8. Tiene fondo de entierro.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
9. Tiene solar para entierro.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
10. Tiene bienes inmuebles rentables o no.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
11. Tiene anualidad.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
12. Es el beneficiario nombrado de un fideicomiso.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
13. Espera recibir un fideicomiso, indemnización por una demanda, herencia o algún ingreso de cualquier otra fuente.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
14. Tiene cuenta(s) fiduciaria(s).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
15. Tiene caja de seguridad bancaria.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
16. ¿Alguien (incluyendo a su esposo[a], aunque no esté solicitando o viviendo con usted) ha cedido dinero en efectivo o vendido/transferido bienes inmuebles, ingresos o bienes personales durante los pasados 36 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
17. ¿Ha creado alguien (incluyendo a su esposo[a], aunque no esté solicitando o viviendo con usted) o traspasado activos a un fideicomiso durante los últimos 60 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

(Voltee la página)

Información Médica

Favor de indicar si usted o algún solicitante que vive con usted:

1. Está internado(a) en un hospital, hogar para ancianos u otra institución médica.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
2. Tiene cuentas médicas o gastos relacionados con atención médica.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
3. Es o ha sido drogadicto o alcohólico.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
4. Ha sido víctima de un accidente automovilístico o accidente relacionado con su trabajo en los últimos dos años.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Costos de (Albergue) Vivienda

Por favor responda las siguientes preguntas sobre su hogar/vivienda:

1. ¿Paga alguna persona, grupo u organización fuera del hogar algún gasto del hogar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
2. ¿Recibe usted (o alguna persona que viva con usted) cargos de instalación para servicios públicos/teléfonos, separados del alquiler/hipoteca?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

SAMPLE

Otros Gastos

Favor de indicar si usted o algún solicitante que viva con usted:

1. Paga matrículas y/o cargos docentes.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
2. Paga pensión alimenticia/compensatoria por divorcio o separación.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
3. Paga manutención de niños dictada por tribunal o voluntaria.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
4. Debe por lo menos cuatro meses de pagos para manutención de un niño menor de 21 años de edad por orden judicial.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
5. Compra o piensa comprar comidas de un servicio a domicilio o de cenas comunales.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

(Voltee la página)

Otros Información

Por favor responda las siguientes preguntas:

1. ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por declaraciones falsas sobre su residencia para recibir Asistencia en Efectivo temporaria en dos o más estados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
2. ¿Se ha trasladado usted o algún solicitante que viva con usted a este condado desde otro condado del Estado de Nueva York durante los últimos dos meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
3. ¿Ha recibido usted o alguien que viva con usted beneficios a los cuales no tengan derecho y que no hayan sido completamente reembolsados a esta u otra agencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
4. ¿Ha sido usted o alguien que viva con usted declarado culpable y/o ha sido descalificado de Asistencia en Efectivo y/o beneficios por fraude/violación intencionada al programa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
5. ¿Recibe actualmente usted o alguna persona que viva con usted algún tipo de asistencia o servicios?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
6. ¿Ha recibido anteriormente usted o alguna persona que viva con usted algún tipo de asistencia o servicios?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
7. ¿Ha vendido usted, transferido o cedido alguno de sus bienes a alguien con el propósito de recibir Asistencia Temporaria o beneficios de SNAP?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
8. ¿Está usted o algún miembro de su hogar huyendo para evitar enjuiciamiento, encarcelamiento o condena por delito mayor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
9. ¿Está usted o algún miembro de su hogar en infracción de libertad condicional o vigilada y activamente perseguido(a) por las fuerzas del orden, conforme a orden judicial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
10. ¿Ha servido usted en las fuerzas armadas de EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
11. ¿Ha servido su esposo(a) alguna vez en las fuerzas armadas de EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
12. ¿Es alguien en el hogar dependiente de una persona que haya servido en las fuerzas armadas de EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Department of Homeless Services Shelter Intake Centers

All intakes are open 24 hours a day, including weekends and holidays.

Families with Minor Children:

Prevention Assistance and Temporary Housing (PATH)
151 East 151st Street
Bronx, NY 10451

How to Get There: Take the 2, 4, or 5 train to 149th Street/Grand Concourse Station. Head west on East 149th Street toward Grand Concourse. Walk north on Grand Concourse two blocks, to East 151st Street and turn left. Walk two blocks to Walton Avenue. The PATH office is located at the corner on your right.

Families without Minor Children:

Adult Family Intake Center (AFIC)
400-430 East 30th Street
New York, NY 10016

How to Get There: On the subway take the 6 train to 28th Street. Walk east to 1st Avenue, turn left, and head north to 30th Street. On the bus take the M15 to 29th Street.

Single Adult Men:

30th Street Intake Center
400-430 East 30th Street
New York, NY 10016

How to Get There: Take the 6 train to 28th Street. Walk east to 1st Avenue, turn left, and go north to 30th Street. Entrance is now at 30th Street and 1st Avenue.

Single Adult Women:

- HELP Women's Shelter
116 Williams Avenue (between Liberty Avenue and Glenmore Avenue)
Brooklyn, NY 11207

How to Get There: Take the C train to Liberty Avenue.

- Franklin Shelter
1122 Franklin Avenue (near 166th Street)
Bronx, NY 10456

How to Get There: Take the 2 train to 149th Street, followed by the #55 bus to 166th Street and 3rd Avenue.

Important notice enclosed. If you need help reading the notice, go to your Center.

The enclosed notice schedules you for a recertification appointment. Please go to your Center on the date and time stated on the notice.

Aviso importante adjunto. Si necesita ayuda para leer el aviso, remítase a su Centro.

El aviso adjunto le programa a usted una cita de recertificación. Favor de presentarse a su Centro en la fecha y hora indicadas en el aviso. **(Spanish)**

مرفق إخطار هام. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في قراءة الإخطار، يرجى الذهاب إلى المركز التابع له. يحدد الإخطار المرفق لك موعدًا لتثبيت الأهلية. يرجى الحضور إلى المركز التابع له في التاريخ والوقت المذكورين في الإخطار. **(Arabic)**

隨附一份重要通知。如果您需要協助閱讀這份通知，請前往您的中心。
隨附的通知註明替您安排的資格重新證明面談的時間。請於通知上註明的日期和時間前往您的中心。
(Chinese)

OBSOLETE

Avi enpòtan anekse. Si w bezwen èd pou li avi sa a, ale nan Sant ou.

Avi anekse a pwograme w pou yon randevou pou resètifikasyon. Tanpri ale nan Sant ou sou dat la ak lè a ki endike sou avi sa a. **(Haitian Creole)**

중요 통지서가 동봉되어 있습니다. 통지서를 읽는 데 도움이 필요하시면 센터를 방문해 주십시오.

동봉된 통지서를 통해 귀하는 재인증 예약 일정을 잡으시게 됩니다. 통지서에 나와 있는 날짜와 시간에 센터를 방문해 주십시오. **(Korean)**

Прилагается важное извещение. Если без посторонней помощи Вы не можете прочитать извещение, обратитесь в местный Центр.

В прилагаемом извещении содержится информация о том, что Вам назначено переосвидетельствование. В извещении указаны дата и время посещения Центра. **(Russian)**

Important notice enclosed. If you need help reading the notice, go to your Center.

The enclosed notice is to inform you that your Center has changed. Your new Center is listed on the notice.

Aviso importante adjunto. Si necesita ayuda para leer el aviso, remítase a su Centro.

Por el aviso adjunto se le informa que su Centro ha cambiado. Su nuevo Centro aparece en el aviso. **(Spanish)**

مرفق إخطار هام. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في قراءة الإخطار، يرجى الذهاب إلى المركز التابع له.
يعلمك الإخطار المرفق بأن المركز التابع له قد تغيّر، وأن المركز الجديد مدرج في الإخطار. **(Arabic)**

隨附一份重要通知。如果您需要協助閱讀這份通知，請前往您的服務中心。
隨附的通知告知您的中心已變更。通知上列印了您的新中心資訊。 **(Traditional Chinese)**

Avi enpòtan anekse. Si w bezwen èd pou li avi sa a, ale nan Sant ou.

Avi anekse a se pou enfòmè w ke Sant ou te chanje. Sant nouvo w endike sou avi a.
(Haitian Creole)

중요 통지서가 동봉되어 있습니다. 통지서를 읽는 데 도움이 필요하시면 센터를 방문해 주십시오.
동봉된 통지서는 센터가 변경되었음을 알려 드립니다. 새로 변경된 센터가 통지서에 나와
있습니다. **(Korean)**

**Прилагается важное извещение. Если без посторонней помощи Вы не можете
прочитать извещение, обратитесь в местный Центр.**

В прилагаемом извещении содержится информация о том, что Ваши данные переданы в
другой Центр. Адрес нового Центра указан в извещении. **(Russian)**

গুরুত্বপূর্ণ বিজ্ঞপ্তি সংযুক্ত। যদি বিজ্ঞপ্তিটি পড়তে আপনার সহায়তার প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার কেন্দ্রে যান।

সংযুক্ত বিজ্ঞপ্তিতে আপনার কেন্দ্র পরিবর্তন হয়েছে তা সম্পর্কে বলা আছে। আপনার নতুন কেন্দ্র বিজ্ঞপ্তিতে তালিকাভুক্ত আছে। **(Bengali)**

随附一份重要通知。如果您需要协助阅读该通知，请前往您的服务中心。

该随附通知告知您的服务中心已变更。新的中心信息已显示在该通知上。 **(Simplified Chinese)**

منسلک اہم نوٹس۔ اگر آپ کو نوٹس پڑھنے میں مدد درکار ہے تو اپنے سینٹر پر جائیں۔
منسلک نوٹس آپ کو یہ بتانے کے بارے میں ہے کہ آپ کا سینٹر تبدیل ہو گیا ہے۔ آپ کا نیا سینٹر نوٹس میں مندرج ہے۔
(Urdu)

Avis important ci-joint. Si vous avez besoin d'aide pour lire l'avis, rendez-vous à votre centre.

L'avis ci-joint vous informe que votre centre a changé. Votre nouveau centre figure sur l'avis.
(Français)

W załączeniu ważne powiadomienie. Jeśli potrzebuje Pan(i) pomocy w przeczytaniu powiadomienia, należy udać się do centrum.

Załączone powiadomienie informuje o zmianie centrum. Nowe centrum jest podane w powiadomieniu. **(Polish)**

Important notice enclosed. If you need help reading the notice, go to your Center.

The enclosed notice requires you to provide your Center with information or documents. Please go to your Center on the date and time stated on the notice.

Aviso importante adjunto. Si necesita ayuda para leer el aviso, remítase a su Centro.

El aviso adjunto estipula que usted proporcione a su Centro información o documentación. Favor de presentarse a su Centro en la fecha y hora indicadas en el aviso. **(Spanish)**

مرفق إخطار هام. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في قراءة الإخطار، يرجى الذهاب إلى المركز التابع له. يُلزمك الإخطار المرفق بتزويد المركز بالمعلومات أو المستندات الضرورية. يرجى الحضور إلى المركز التابع له في التاريخ والوقت المذكورين في الإخطار. **(Arabic)**

隨附一份重要通知。如果您需要協助閱讀這份通知，請前往您的服務中心。隨附的通知要求您提供資料或文件給您的中心。請於通知上註明的日期和時間前往您的中心。 **(Chinese)**

OBSOLETE

Avi enpòtan anekse. Si w bezwen èd pou li avi sa a, ale nan Sant ou a.

Avi anekse a egzije w pou founi Sant ou avèk enfòmasyon oswa dokiman yo. Tanpri ale nan Sant ou sou dat la ak lè a ki endike sou avi sa a. **(Haitian Creole)**

중요 통지서가 동봉되어 있습니다. 통지서를 읽는 데 도움이 필요하시면 센터를 방문해 주십시오.

동봉된 통지서에 따라 귀하는 센터에 정보나 서류를 제출하셔야 합니다. 통지서에 나와 있는 날짜와 시간에 센터를 방문해 주십시오. **(Korean)**

Прилагается важное извещение. Если без посторонней помощи Вы не можете прочитать извещение, обратитесь в местный Центр.

В прилагаемом извещении содержится информация о том, что Вам необходимо предоставить в местный Центр сведения о себе или документы. В извещении указаны дата и время посещения Центра. **(Russian)**

Important notice enclosed. If you need help reading the notice, go to your Center.

The enclosed notice is a notice of intent to discontinue your benefits. Please go to your Center for more information.

Aviso importante adjunto. Si necesita ayuda para leer el aviso, remítase a su Centro.

Por el aviso adjunto se le informa a usted de la intención de discontinuar sus beneficios. Favor de concurrir a su Centro para más información. **(Spanish)**

مرفق إخطار هام. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في قراءة الإخطار، يرجى الذهاب إلى المركز التابع له. الإخطار المرفق عبارة عن إشعار بنية وقف مخصصاتك. يرجى الذهاب إلى المركز التابع له للحصول على مزيد من المعلومات. **(Arabic)**

隨附一份重要通知。如果您需要協助閱讀這份通知，請前往您的服務中心。隨附是一份準備停止您的福利的通知。請前往您的中心了解更多詳情。 **(Traditional Chinese)**

Avi enpòtan anekse. Si w bezwen èd pou li avi sa a, ale nan Sant ou.

Avi ou jwenn nan anviòp la se yon avi ki la pou fè ou konnen nou sispann avantaj ou yo. Tanpri ale nan Sant ou pou jwenn plis enfòmasyon. **(Haitian Creole)**

중요 통지서가 동봉되어 있습니다. 통지서를 읽는 데 도움이 필요하시면 센터를 방문해 주십시오. 동봉된 통지서는 혜택 중단 결정 통지서입니다. 보다 자세한 정보는 센터를 방문해 주십시오. **(Korean)**

Прилагается важное извещение. Если без посторонней помощи Вы не можете прочитать извещение, обратитесь в местный Центр.

Прилагаемое уведомление является уведомлением о предполагаемом прекращении выплаты пособий. За дополнительной информацией обращайтесь в свой Центр. **(Russian)**

গুরুত্বপূর্ণ বিজ্ঞপ্তি সংযুক্ত। যদি বিজ্ঞপ্তিটি পড়তে আপনার সহায়তার প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার কেন্দ্রে যান।

সংযুক্ত বিজ্ঞপ্তিটি হল আপনার সুবিধা বন্ধ করা হচ্ছে আপনাকে তা জানানোর বিজ্ঞপ্তি। আরো তথ্যের জন্য অনুগ্রহ করে আপনার কেন্দ্রে যান। **(Bengali)**

随附一份重要通知。如果您需要协助阅读该通知，请前往您的服务中心。

随附的是一份准备停止您的福利的通知。请前往您的服务中心了解更多详情。
(Simplified Chinese)

منسلک اہم نوٹس۔ اگر آپ کو نوٹس پڑھنے میں مدد درکار ہے تو اپنے سینٹر پر جائیں۔

اس منسلک نوٹس کا مقصد آپ کو آپ کے فوائد کے بند ہونے کی معلومات دینا ہے۔ مزید معلومات کے لیے براہ کرم اپنے سینٹر پر جائیں۔ **(Urdu)**

Avis important ci-joint. Si vous avez besoin d'aide pour lire l'avis, rendez-vous à votre centre.

L'avis ci-joint est un avis d'intention de suspension de vos allocations. Pour en savoir plus, rendez-vous à votre centre. **(Français)**

W załączeniu ważne powiadomienie. Jeśli potrzebuje Pan(i) pomocy w przeczytaniu powiadomienia, należy udać się do centrum.

Załączone powiadomienie informuje o zamiarze zaprzestania świadczeń. Prosimy o udanie się do centrum w celu uzyskania dodatkowych informacji. **(Polish)**



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Introducing The Home Visit Needed / Homebound (HVN/HB) Call Unit

This letter is to let you know about the new HVN/HB Call Unit that helps people with HVN/HB status.

We are sending this letter to you because you have HVN/HB status. This letter is for your information only. You do not have to respond to this letter.

We now have an HVN/HB Call Unit to help people with HVN/HB status. The HVN/HB Call Unit telephone is _____.

When you call this number during business hours, a worker from the HVN/HB Call Unit will answer your call. This number is the best way to contact us for as long as you have HVN/HB status.

You should call the HVN/HB Call Unit number when:

- You have questions about the HVN/HB Process
- You want to check on the status of your HVN/HB paperwork
- You have an emergency that you need us to help with
- You need to schedule a home visit
- You have questions or concerns about your case
- You need to report any changes in your household
- You want to make a complaint that we are not helping you with your HVN/HB status
- You did not feel safe during your home visit

You can call this number **Monday** through **Friday, 9:00am to 5:00pm**.

We will also contact you to remind you about your home visits and tell you other things you need to do to keep your benefits.

Please keep this notice for future reference.

Date: _____

Case Number: _____

Participant Name: _____

Important Notice

You Are Receiving a Supplement To Your Benefits

Due to an error, your Cash Assistance (CA) case was rebudgeted and your benefits were reduced without advance notice. To correct this, we are issuing you a supplement to increase your benefits to the prior month's level. If we need to change your benefits in the future, we will send you a notice before the changes take effect.

We apologize for any inconvenience this may have caused you.

If you have any questions, please call _____.

OBSOLETE

HRA is Changing for You

The Human Resources Administration (HRA) is changing for you! There will be new self-service options at the _____ in _____.

These changes may reduce the amount of time you spend at the Center.



New easy-to-use ticket machines in the main reception area

Just answer a few questions to get your ticket for HRA services:

- Choose your language
- Enter information to locate your case
- Tell us what you need to do at the Center



Easy-to-use scanners for a speedier document drop-off

Use the scanners to submit documents for your case.

Answer a few questions, scan your documents, and the images get linked directly with your case record.

HRA staff will be in the self-service areas to help you if you need assistance, if you have a disability, or if you read or speak a language that is not available at the ticket machines or scanners.

General Center Information

Location: _____

Business Hours: _____ through _____, _____ AM to _____ PM

If you need travel directions, call NYC Transit Information at (718) 330-1234 or visit the MTA website at www.mta.info.



Date: _____
 Case Number: _____
 Case Name: _____

Please Update Your Contact Information

We are updating our records. The contact information below is what we have on file for your case. Please review the information and make any corrections/updates if needed.

If the information we have is not correct, or if there is any missing/blank information, please enter the correct information below and mail this form to the Human Resources Administration, Family Independence Administration, P.O. Box 982, New York, NY, 10276-0982, using the enclosed, stamped envelope. A sheet with our address printed on it has been provided; please fold it so the address shows through the envelope window.

Thank you.

OBSOLETE

Information We Have On File	Your Updates/Corrections
Primary Telephone Number:	Primary Telephone Number: <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> Is this a cell phone? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> Would you like to receive text messages from us? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Additional Contact Number:	Additional Contact Number: <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> Is this a cell phone? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> Would you like to receive text messages from us? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
E-mail address:	E-mail address:

Would you like to receive text messages from us about your case? YES NO

Would you like to receive text messages from us about employment opportunities? YES NO

IMPORTANT LEGAL NOTICE OF YOUR RIGHT TO APPLY FOR REINSTATEMENT OF SPLIT-SHIFT HOME CARE SERVICES

You are receiving this notice because, between January 1, 2011 and September 3, 2012, your split-shift Medicaid home attendant services were reduced to a lower level of care or were terminated. Because of a recent federal court decision, you may be eligible to have your split-shift services reinstated.

If you wish to be considered for possible reinstatement of split-shift services, or if you would like a copy of the court's decision, please contact either of the legal services programs below:

Cardozo Bet Tzedek Legal Services
55 Fifth Ave. , New York, N.Y. 10003
Telephone: 212-790-0240

OR

JASA/LEGAL SERVICES FOR THE ELDERLY IN QUEENS
97-77 Queens Blvd, Suite 600 , Rego Park, New York 11374
Telephone: (718) 286-1500

If you wish to be considered for possible reinstatement of split-shift services, you must contact one of the above legal services programs AS SOON AS POSSIBLE but no later than 21 days after you receive this notice.

Please be aware of the following : As a Medicaid recipient you may also receive a notice informing you about enrolling with a Medicaid Managed Long term Care agency. **Do not ignore notices about Managed Long Term Care.** You must still follow the directions about Managed Long Term Care, even though you are requesting to be considered for possible reinstatement of your split-shift care.

Timely Aid-Continuing Fair Hearing Language Insert Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call or write to the Center that handles your case. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

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

- (1) TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930, Albany, NY 12201
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
(518) 473-5735
- (4) IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

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

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

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

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

FAIR HEARING REQUEST

Continuing Your Benefit(s): Your benefit(s) will continue unchanged until a Fair Hearing decision is issued, if you ask for a Fair Hearing before the effective date stated in this notice. However, Food Stamp Benefits cannot be continued beyond the last date of your Food Stamp certification period if you failed to recertify your Food Stamp case (see 18 NYCRR § 358-3.6).

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits you received, but should not have received, while you were waiting for the decision. If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing or, if you send back this notice, check the box below:

I do not want to keep my benefits the same until the Fair Hearing decision is issued.

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for Cash Assistance, medical assistance or social service issues, and ninety (90) days for Food Stamp issues.

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

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

OBSOLETE

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

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____



Did You Ever Serve In The Military?

If so, **you may be eligible for care and services** at a Veteran's Administration (VA) hospital, even if you never served during wartime or in a war zone!

Do you...

- Have an other than dishonorable discharge, having served prior to September 6, 1980?
- Have an other than dishonorable discharge from the active military, with 24 consecutive months served, since September 6, 1980?
- Have active military service in the Army, Navy, Marine Corps, Air Force or Coast Guard?
- Have time of service in the Persian Gulf War?

If so...

- Contact your local **VA** today, or call 1-800-827-1000.

Available Services...

Did you know that the VA offers a full series of services, such as:

- Inpatient and Outpatient medical, surgical and mental health services
- Alcohol and substance abuse rehabilitation
- Family counseling
- Pharmacy services
- Readjustment counseling
- Nursing home and domiciliary placement
- Special aid for blind veterans
- Specialized Services for homeless Veterans

In Addition...

Your veteran status may entitle you to additional benefits such as:

- Disability compensation
- Pension or aid & attendance household benefits
- Education and training benefits
- Life insurance
- Burial benefits

Check out the VA today!

The call is free! For more information or questions, please call: 1-800-827-1000

¿Sirvió Usted Alguna Vez En Las Fuerzas Armadas?

De ser así, **usted puede ser elegible para cuidados y servicios** en un hospital de la Administración de Veteranos (Veteran's Administration - VA), aún si usted nunca sirvió tiempo de guerra o en una zona de guerra!

¿Tiene usted...

- Un licenciamiento, excepto uno deshonroso, habiendo servido previo al 6 de Septiembre de 1980?
- Un licenciamiento, excepto uno deshonroso, de las fuerzas armadas activas con 24 meses de servicio consecutivo desde el 6 de Septiembre de 1980?
- Servicio militar activo en el Ejército, Marina de Guerra, Infantería de Marina, Fuerza Aérea Force, o Guarda Costa?
- Tiempo de servicio en la Guerra del Golfo Pérsico?

De ser así...

- Comuníquese con su VA local hoy o llame al 1-800-827-1000.

Servicios Disponibles...

Sabia usted que la VA ofrece una serie completa de servicios, tales como:

- Servicios médicos, quirúrgicos y de la salud mental para pacientes internos y externos
- Rehabilitación por abuso de alcohol y sustancias
- Asesoramiento familiar
- Servicios de farmacia
- Asesoramiento de readaptación
- Colocación en hogar de ancianos y domiciliaria
- Asistencia especial para veteranos ciegos
- Servicios Especializados para Veteranos sin hogar

Además...

Su condición de veterano puede calificarle para beneficios adicionales tales como:

- Compensación por incapacidad
- Beneficios de Pensión o Ayuda y Asistencia para el hogar
- Beneficios de Educación y entrenamiento
- Seguro de Vida
- Beneficios de entierro

¡Infórmese acerca de la VA hoy!

¡La llamada es gratis! Para más información o preguntas, favor de llamar al: 1-800-827-1000

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
SNAP Center: _____
Address: _____

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.

The New York State Department of Temporary and Disability Assistance has advised us that the member(s) of your household listed below has/have been employed by the employer(s) indicated. At your recent SNAP eligibility interview, however, you failed to report this employment.

In order to resolve this issue, the following documentation for each individual listed below must be presented to the SNAP Office indicated at the top of this letter:

1. Verification of Social Security number (e.g., Social Security card or other documentation from the Social Security Administration).
2. If still working: the four (4) most recent paystubs, if regularly employed. If employment income is different each period, the eight (8) most recent paystubs.
3. If no longer employed, a letter from the former employer stating that employment has ended and the date of termination and an Unemployment Insurance Benefits letter indicating the amount of benefit and the date entitlement began.

If your name is listed below, you must return with the required documentation. You may also return to provide the documentation for any other household member whose name is listed below, if he/she is unable to do so.

An appointment has been scheduled for you on _____ at _____ AM/PM. If this appointment is inconvenient or you have any questions regarding this matter, please call _____.

Your application will be automatically rejected if the documentation is not provided by _____. It is to your advantage to ensure that the documentation is provided as soon as possible. When you provide us with the documentation, we will process your application immediately; if you are eligible, you can receive benefits quickly.

Please provide the documentation requested in this letter as soon as possible to the SNAP Center listed above. If you were instructed at the time of your interview to provide any other documents, you or the household member who is providing the documents requested in this letter should bring them to the appointment.

<u>Name of Household Member</u>	<u>Employer/Address</u>	<u>Employment Period</u>
1. _____	_____	_____ Quarter 20_____
2. _____	_____	_____ Quarter 20_____
3. _____	_____	_____ Quarter 20_____
4. _____	_____	_____ Quarter 20_____

Supervisor/Worker Name

Date

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

Notice of Appointment for Recertification Interview

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

We have been informed through a computer match that you are now married. Your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) record does not reflect this information.

It is important that we discuss this matter with you. Please report to this office by: _____.

Your spouse should accompany you to the SNAP Center with verification of his/her income from employment and any other income/resources. Your spouse should bring his/her four (4) most recent paystubs. If the amount your spouse earns is not always the same, s/he should bring in his/her eight (8) most recent paystubs. If your spouse is no longer employed, s/he should bring a letter from the employer verifying that s/he is no longer employed and his/her unemployment insurance records.

If you are separated or no longer married, please bring court papers and/or other legal documents.

At the interview we will redetermine your eligibility to continue to receive SNAP. In addition to the employment information requested above, also bring the documents listed on the enclosed form.

If you have any questions, please call: _____.

If you do not report for this interview by the above date, your benefits will expire and you will not receive SNAP benefits beginning: _____.