



OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

POLICY BULLETIN #18-56-OPE

MONTHLY UPDATES: (EXP-83G, FIA-1028A, FIA-1028B, FIA-1028I, FIA-1028N, FIA-1028V, FIA-1092, HPA-10, M-55)

Date: August 30, 2018	Subtopic(s): Forms
Updated items	<p>The following forms have been added or updated on edocs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Important Notice to Child-Only Case Participants" (EXP-83G) form has been reactivated by FIA Operations and is used at the Family Services Call Center (Center 17). • The following forms were revised to conform with the plain language standards: <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Approval of Your Request for Home Visit Needed/Homebound Status" (FIA-1028a); ▪ "Home Visit Appointment Notice" (FIA-1028b); ▪ "Documentation Request for Home Visit Needed/Homebound Status Requests" (FIA-1028i); ▪ "Missed Home Visit – Please Call Us (Homebound)" (FIA-1028n); ▪ "Notice of Refused Home Appointment" (FIA-1028v); • "Notice of Change of Center" (M-55) form was updated to create a separate form for each language, update formatting, and add the disability language.
Obsolete items	<p>The following forms have been made obsolete:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Important Notice" (FIA-1092); • "Letter of Introduction to the Living in Communities (LINC) CareerAdvance Provider Aftercare Program" (HPA-10). <p>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.</p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or
send an e-mail to *FIA Call Center Fax* or fax to: (917) 639-0298

Effective Immediately

Attachments:

EXP-83G	Important Notice to Child-Only Case Participants (11/24/15)
EXP-83G (S)	Important Notice to Child-Only Case Participants (11/24/15)
FIA-1028a	Approval of Your Request for Home Visit Needed/Homebound Status (06/27/2018)
FIA-1028a (S)	Approval of Your Request for Home Visit Needed/Homebound Status (06/27/2018)
FIA-1028b	Home Visit Appointment Notice (06/14/2018)
FIA-1028b (S)	Home Visit Appointment Notice (06/14/2018)
FIA-1028i	Documentation Request for Home Visit Needed/Homebound Status Requests (06/14/2018)
FIA-1028i (S)	Documentation Request for Home Visit Needed/Homebound Status Requests (06/14/2018)
FIA-1028n	Missed Home Visit – Please Call Us (Homebound) (06/14/2018)
FIA-1028n (S)	Missed Home Visit – Please Call Us (Homebound) (06/14/2018)
FIA-1028v	Notice of Refused Home Appointment (02/13/2018)
FIA-1028v (S)	Notice of Refused Home Appointment (02/13/2018)
M-55	Notice of Change of Center (08/30/18)
M-55 (S)	Notice of Change of Center (08/30/18)
FIA-1092	Important Notice (Obsolete)
HPA-10	Letter of Introduction to the Living in Communities (LINC) CareerAdvance Provider Aftercare Program (Obsolete)

Important Notice to Child-Only Case Participants

Your case is now active at the Family Services Call Center (Center 17). Staff at Center 17 are available to address many of your service needs over the telephone and/or via mail. Please call Center 17 at **(718) 752-3937** if you need assistance and a qualified staff member will evaluate your situation.

You will continue to receive in-person service at:

SAMPLE

Please note that if the payee on your case has an emergency or wishes to apply for ongoing cash assistance, s/he may go to any Job Center for assistance.

Aviso Importante a los Participantes con Casos Sólo de Niños

Su caso ya está activo en el Centro de Llamadas de Servicios a la Familia (Family Services Call Center) (Centro 17). El personal del Centro 17 está disponible para atenderle por teléfono y/o por correo. Favor de llamar al Centro 17 al **(718) 752-3937** si necesita ayuda y un miembro del personal capacitado evaluará su situación.

Usted seguirá recibiendo atención en persona en:

SAMPLE

Favor de notar que si se le presenta una emergencia al beneficiario de su caso, o si el mismo desea solicitar asistencia en efectivo continua, él o ella puede acudir a cualquier Centro de Trabajo para asistencia.



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Approval of Your Request for Home Visit Needed/Homebound Status

Our records show that _____ asked for Home Visit Needed/Homebound (HVN/HB) status.

We have approved this request:

- For more than one year.** We may contact you in the future to obtain updated medical or clinical documents.
- For 12 months** (one year) from _____. We will contact you before your **12 months** are over to give you a chance to renew your HVN/HB status.
- For 6 months** from _____. We will contact you before your **6 months** are over to give you a chance to renew your HVN/HB status.

Who Do I Call if I need to talk to HRA?

We have an 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 718-557-1387 when:

- You want to talk about this HVN/HB decision
- 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 should call the HVN/HB Call Unit number when *(continued)*:

- 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

Having HVN/HB status means we will not ask you to come to an HRA office. We will make home visits with you for all needed appointments.

Note: This notice is only about your HVN/HB status. When we ask, you still have to give us documents about your eligibility for benefits. If you have questions, call the HVN/HB unit at 718-557-1387.

We have added a list (**CAS-341**) to this mailing that shows what documents we reviewed to make our decision.

If you still get a notice telling you to come to an HRA office, please call the number on the appointment notice. Let them know you have Home Visit Needed/Homebound status.

If you do not agree with our decision, you can file an appeal. Please read "How to Appeal this Decision" below.

How To Appeal This Decision

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.

To file an appeal, you have to ask us for an appeal in writing before _____.

We added the Request for an Appeal of a Reasonable Accommodation Decision (Form **HRA-102**) to this mailing. You can fill it out and mail, fax or email it to:

**Mail: ADA Compliance Officer
150 Greenwich Street, 42nd Floor
New York, New York 10007**

Fax: (917) 639-0333

Email: RARappeals@hra.nyc.gov

If you need help filing your appeal because of a physical or mental health condition, call us at (212) 331-4640 or email us at constituentaffairs@hra.nyc.gov. We will help you.

If you file an appeal, we will still give you the HVN/HB status until we make an appeal decision.

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



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Aprobación de la Petición del Estado de Visitas Domiciliarias Necesarias/Confinamiento al Hogar

Nuestros archivos reflejan que _____ solicitó el estado de las Visitas Domiciliarias Necesarias/Confinamiento al Hogar (HVN/HB, por sus siglas en inglés).

Nosotros hemos aprobado esta petición:

- Por más de un año.** Puede que nos comuniquemos con usted en un futuro para obtener documentos médicos o clínicos actualizados.
- Por 12 meses** (un año) a partir del _____. Nos comunicaremos con usted antes de que se venzan los **12 meses**, para ofrecerle la oportunidad de renovar el estado de HVN/HB.
- Por 6 meses** a partir del _____. Nos comunicaremos con usted antes de que se venzan los **6 meses**, para ofrecerle la oportunidad de renovar el estado de HVN/HB.

¿A Quién llamo si necesito hablar con la HRA?

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 las horas laborables, su llamada será contestada por un trabajador de la Unidad de Llamadas de HVN/HB. 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 a domicilio
- tenga preguntas o inquietudes sobre su caso

(Voltee la página)

Usted debe llamar al número de la Unidad de LLlamadas del HVN/HB cuando (*continuación*):

- necesite reportar cualquier cambio en su hogar
- desee presentar una queja si piensa que nosotros no le estamos ayudando con su estado de HVN/HB
- no se haya sentido a salvo durante la visita a su hogar

El tener estado de HVN/HB significa que no le pediremos que se presente a la oficina de la HRA. Nosotros le visitaremos en su hogar para todas las citas necesarias.

Nota: Este aviso sólo concierne su estado de HVN/HB. Cuando nosotros se lo pidamos, usted aún tendrá que proporcionar documentación de su elegibilidad para recibir los beneficios. Si tiene preguntas llame a la unidad de HVN/HB al 718-577-1387.

Hemos añadido a este aviso la lista (**CAS-341 [S]**) que indica los documentos que hemos examinado para tomar nuestra decisión.

Si aún recibe un aviso pidiéndole que se presentese a la oficina de la HRA, favor de llamar al número que aparece en el aviso de cita. Explíqueles que usted tiene el estado Visitas Domiciliarias Necesarias/Confinamiento al Hogar.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede interponer una apelación. Por favor lea la siguiente sección sobre "Cómo Apelar esta Decisión".

Cómo Apelar Esta Decisión

En caso de no estar de acuerdo con nuestra decisión, usted o su representante autorizado pueden interponer una apelación. Examinaremos su petición de apelación para verificar que hayamos tomado la decisión correcta.

La apelación se debe interponer por escrito antes del _____.

Hemos adjuntado a este envío postal el formulario de Petición de Apelación de la Decisión sobre el Acomodamiento Razonable (**HRA-102 [S]**). Usted puede rellenar y enviar por correo postal, fax o correo electrónico a:

**Correo Postal: ADA Compliance Officer
150 Greenwich Street, 42nd Floor
New York, New York 10007**

Fax: (917) 639-0333

Correo Electrónico: RARappeals@hra.nyc.gov

Si necesita asistencia para presentar su apelación debido a una afección física y/o psiquiátrica, llámenos al (212) 331-4640 o envíe un correo electrónico a esta dirección: constituentaffairs@hra.nyc.gov. Nosotros le ayudaremos. Si usted interpone apelación, le otorgaremos el estado de HVN/HB hasta que tomemos una decisión respecto a su apelación.

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: _____

Telephone: _____

Job Center: _____

Home Visit Appointment Notice

We got your application for Cash Assistance/Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits on _____.
Date

You asked that we do an in-person eligibility interview in your home because you are unable to come to an HRA Center.

We have scheduled an in-home interview for you on:



Date: _____



Time: _____

SAMPLE

This is a mandatory eligibility appointment. If you do not keep this appointment, it may cause the denial of your application. If you are not able to keep this appointment, please call 718-557-1387 to reschedule your in-home interview.

We have also sent you the Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (Form **W-119D**) with this letter. This shows the documents you need to give us. We have checked them off on this form.

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.



Department of Social Services

Human Resources Administration

Department of Homeless Services

FIA-1028b (S) 06/14/2018 LLF

Family Independence Administration

Fecha: _____

Número del caso: _____

Nombre del caso: _____

Número de teléfono: _____

Centro de trabajo: _____

Aviso de Cita para Visita Domiciliaria

Nosotros hemos recibido su solicitud de beneficios de Asistencia en Efectivo/Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) el _____
Fecha

Usted nos ha pedido que realicemos una entrevista de elegibilidad en su hogar porque no puede trasladarse a un centro de la HRA.

Le hemos programado una entrevista en su hogar para el:



Fecha: _____



Hora: _____

SAMPLE

Ésta es una cita obligatoria de elegibilidad. Si usted no asiste a esta cita, su solicitud se puede rechazar. Si no puede cumplir esta cita, favor de llamar al 718-557-1387 para reprogramar su entrevista en el hogar.

Además, le hemos enviado con esta carta la Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida (formulario **W-119D [S]**). Hemos marcado en esa guía los documentos que usted debe proporcionarnos.

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

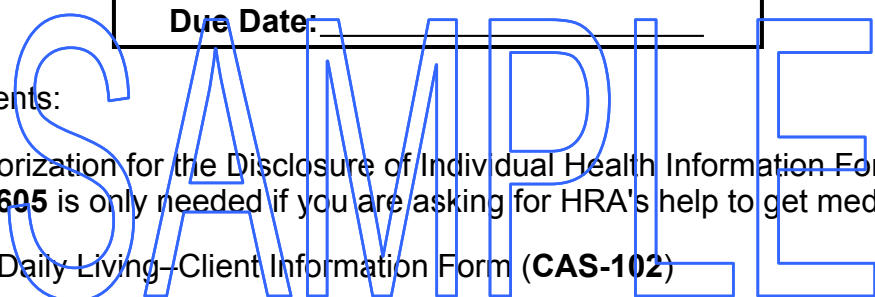


Date: _____
 Case Number: _____
 Case Name: _____
 Center: _____
 Telephone Number: _____

Documentation Request for Home Visit Needed/Homebound Status Requests

You need to give us the checked documents by the date below. The forms that are checked below are included with this letter. Use the envelope sent with this letter to mail the documents to us.

Due Date: _____



Needed Documents:

- HIPAA Authorization for the Disclosure of Individual Health Information Form (**CAS-605**)
Note: CAS-605 is only needed if you are asking for HRA's help to get medical documents.
- Activities of Daily Living-Client Information Form (**CAS-102**)
- Home Visit Needed Request Clinician Assessment Form (**CAS-103**) signed by your medical provider **OR** signed current medical documentation on a clinician's letterhead.

Documents may be emailed, faxed or mailed to Center 90:

Subject/Attention: HVN/HB Request



EMAIL: FIAADADocs@hra.nyc.gov



FAX: 917-639-2534



MAIL: _____

(Turn page)

If you are unable to give us the documents requested by the due date listed on **page 1** or if you need help getting medical documents, please call **718-557-1387**.

If HRA does not get completed and signed medical documents by the due date listed on **page 1**, your request for HVN/HB status may be denied.

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

SAMPLE



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Número de Teléfono: _____

Petición de Documentación para Peticiones de Visitas Domiciliarias Necesarias/Estado de Confinamiento al Hogar

Favor de proporcionar la documentación indicada para la fecha mencionada a continuación. Los formularios marcados abajo vienen adjuntos a esta carta. Utilice el sobre incluido con esta carta para enviarnos los documentos por correo.

Fecha límite de entrega: _____



Documentación necesaria:


- El formulario de Autorización HIPAA para la Divulgación de Información Médica Personal (**CSA-605 [S]**). **Nota:** Sólo se necesita el formulario **CSA-605 [S]** si usted pide asistencia a la HRA para obtener documentación médica
- Formulario de Actividades de la Vida Diaria–Información del Cliente (**CAS-102 [S]**).
- Formulario de Evaluación Clínica para Petición de Visitas Domiciliarias Necesarias (Home Visits Needed Request Clinician Assessment Form) (**CAS-103 [S]**) firmado por su proveedor médico **O** documentación médica actual, firmada e impresa con el membrete del médico.

La documentación puede enviarse por correo electrónico, fax o por correo postal al Centro 90:

Dirigida a: HVN/HB Request

 **CORREO ELECTRONICO:** FIAADADocs@hra.nyc.gov

 **FAX:** 917-639-2534

 **CORREO POSTAL:** _____

(Voltee la página)

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

Si la HRA no recibe los documentos médicos rellenos y firmados para la fecha límite indicada en la **página 1**, se podría denegar su solicitud para las Visitas Domiciliarias Necesarias (HVN, por sus siglas en inglés) y el Estado de Confinamiento al Hogar (HB, por sus siglas en inglés).

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

SAMPLE



Department of
Social Services

Human Resources Administration
Department of Homeless Services

Family Independence
Administration

FIA-1028n (E) 06/14/2018 LLF

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Missed Home Visit – Please Call Us (Homebound)

We tried to visit you on _____. We could not enter your building or reach you by telephone.

It is urgent that you call us about your request for a Home Visit Needed/Homebound (HVN/HB) interview for Cash Assistance.

As soon as you receive this letter, please call us at _____, Monday through Friday between the hours of 9:00 AM and 5:00 PM.

Failure to contact us may result in a denial of your Home Visit Needed/Homebound status request.

Thank you for your cooperation.

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



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Falta a Visita Domiciliaria – Favor de Llamarnos (Confinamiento al Hogar)

Nosotros hemos intentado visitarle el _____, pero no pudimos entrar a su edificio o comunicarnos con usted por teléfono.

Es urgente que usted se comunique con nosotros respecto a su solicitud de entrevista de Visitas Domiciliarias Necesarias/Confinamiento al Hogar (HVN/HB) para Asistencia en Efectivo (CA).

Tan pronto usted reciba esta carta, favor de llamar a _____ al _____, de lunes a viernes entre las 9:00 AM y las 5:00 PM.

La falta de comunicación con nosotros puede resultar en la denegación de su solicitud del estado de Visitas Domiciliarias Necesarias/Confinamiento al Hogar.

Gracias por su cooperación.

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.



Department of Social Services

Human Resources Administration
Department of Homeless Services

Family Independence Administration

FIA-1028v (E) 02/13/2018 LLF

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Notice of Refused Home Appointment

**Please Call Us As Soon As Possible
To Make Sure Your Benefits are Not at Risk**

HRA records show that we tried to make a home appointment with you on _____. You refused the appointment.

Here are the details:

- An HRA worker came to your home for a home appointment, but you refused the appointment.
- An HRA worker spoke with you to schedule a home appointment, but you refused to schedule the appointment.

Refusing a home appointment may affect your benefits. It may also stop us from helping you with something you need.

It is urgent that you contact us about this home visit appointment. As soon as you receive this letter, please call us at **718-557-1387**, Monday through Friday, between 8:30 AM and 5:00 PM.

When you contact us, let us know that you received this notice. We will work with you to try to solve the problem. We will try to reschedule the home appointment or find a different way to help you if we can.

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



Fecha: _____
Número
del Caso: _____
Nombre
del Caso: _____
Centro: _____

Aviso de Denegación de Cita a Domicilio

Favor de Llamarnos Tan Pronto Posible Para Salvaguardar Sus Beneficios

Según los expedientes de la HRA, nosotros hemos intentado concertar con usted una cita en el hogar el _____. Usted rechazó la cita.

Los detalles se indican a continuación:

- Un trabajador de la HRA se presentó a una cita en su hogar, pero usted declinó esa cita
- Un trabajador de la HRA habló con usted para concertar una cita en su hogar, pero usted se rehusó a programarla.

El rehusar una cita en el hogar puede afectar sus beneficios. Ello además nos puede impedir brindarle a usted la ayuda que necesite.

Es urgente que usted se comunique con nosotros respecto a esta cita en el hogar. Tan pronto reciba esta carta, favor de llamarnos al **718-557-1387**, de lunes a viernes, entre las 8:30 AM y las 5:00 PM.

Al comunicarse con nosotros, acuse recibo del presente aviso. Nosotros coordinaremos con usted para intentar solucionar el problema. Intentaremos reprogramar la cita en el hogar o de ayudarle a usted de otro modo, de ser posible.

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 Name: _____
Case Number: _____
Caseload: _____
Center: _____
Telephone Number: _____

Notice of Change of Center

Dear Sir/Madam:

Upon receipt of this notice, your case will be serviced by the Center listed on the top left corner of this notice. If there is any change in your situation, or you need to call the Center, please use the telephone number provided above.

SAMPLE

Keep This Notice.

REMEMBER TO SAFEGUARD YOUR ELECTRONIC BENEFIT TRANSFER (EBT) CARD AND PIN NUMBER AT ALL TIMES. **THE HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION (HRA) WILL NEVER ASK YOU FOR YOUR PIN NUMBER.** YOU SHOULD NEVER GIVE OUT YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER OR OTHER PERSONAL INFORMATION. IF YOUR CASH ASSISTANCE AND/OR SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) BENEFITS HAVE BEEN STOLEN, PLEASE CONTACT THE BUREAU OF FRAUD INVESTIGATION AT 212-274-5030.

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: _____
Nombre
del Caso: _____
Número
del Caso: _____
Unidad de
Casos: _____
Centro: _____
Número de
Teléfono: _____

Aviso de Cambio de Centro

Estimado(a) señor(a):

Cuando reciba este aviso, su caso será atendido por el centro listado en la esquina superior del lado izquierdo de este aviso. Si ocurre cualquier cambio en su situación o si usted necesita llamar al Centro, favor de utilizar el número de teléfono más arriba.

SAMPLE

Guarde este aviso.

RECUERDE PROTEGER EN TODO MOMENTO SU TARJETA DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT) Y SU NÚMERO DE INFORMACIÓN PERSONAL (PIN, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS). **LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS (HRA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) NUNCA LE PEDIRÁ SU NÚMERO PIN.** USTED NUNCA DEBE REVELAR SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL U OTROS DATOS PERSONALES. SI SUS BENEFICIOS DE ASISTENCIA EN EFECTIVO Y/O CUPONES PARA ALIMENTOS HAN SIDO ROBADOS, FAVOR DE COMUNICARSE CON LA OFICINA DE INVESTIGACIÓN DE FRAUDE (BFI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) AL (212) 274-5030.

¿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: _____

Center: _____

Case Number: _____

Case Type: _____

Caseload: _____

Important Notice

You have been selected to attend an orientation session to learn about a new opportunity to access a temporary, transitional job with a private employer or with the New York City Parks Department. Your selection for this opportunity requires that you report to _____ at the time and date listed at the bottom of this letter. During that time, you will learn about two programs that you may be eligible for:

- New York City Parks Opportunity Program (POP): This long-standing program offers temporary paid positions working in the New York City Parks Department. Participants will be referred to a Parks Department orientation to learn about the jobs and interview for a position. Those who are eligible and interested will be paid \$9.21/hour for up to six (6) months of work.
- Private Subsidized Employment Program (PSEP): This is a new opportunity to receive a temporary subsidized job with a private sector employer. If you are interested in and assigned to this program, you will be granted access to employers who may interview you for a temporary subsidized position. If hired, you will receive between \$8.00 and \$10.00 per hour for up to six (6) months of work.

You will learn more about both of these programs at the orientation session, but please note: **you are not guaranteed a position in either program.** Those who are interested will go through a random, lottery-like process to determine which program (if either) they have been selected for. Not everyone will be selected.

OBSCLETE

This opportunity is part of a new study aimed at learning what kinds of employment programs are most effective in helping people in your situation secure long-term, permanent employment. At the orientation session, you will hear more about the study, have a chance to ask questions, and decide if you would like to be involved.

Please be sure to keep all HRA appointments and other requirements between now and the time you are scheduled to come to Business Link, as your case must be in good standing for you to be eligible for the program. You should also bring a copy of your resume, if you have one, so that we can begin the assessment process following orientation.

Your orientation will be held at:

Appointment Date: _____ Time: _____

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Failure to attend this orientation session may result in your being sanctioned from the Cash Assistance (CA)/Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) case. If you are unable to make this appointment, please call the number below on or prior to your appointment date. You can also call this number if you have a physical, mental health, or learning problem that makes it difficult for you to keep this appointment: _____



Homelessness
Prevention
Administration

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

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

Congratulations on securing/maintaining your housing!

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

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

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

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

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

Evening and weekend appointments are available.

Worker's Name (please print)

Date

Worker's Signature