



# FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Matthew Brune, Executive Deputy Commissioner




James K. Whelan, Deputy Commissioner  
Policy, Procedures, and Training

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner  
Office of Procedures

## POLICY BULLETIN #11-41-OPE

### REVISIONS TO FORMS WITH FAIR HEARING LANGUAGE

| <b>Date:</b><br>May 3, 2011   | <b>Subtopic(s):</b><br>Forms  |
|---|---|
| <p>  This procedure can now be accessed on the FIAweb.         </p> <p>See <a href="#">PB #08-83-OPE</a> for information on Form <b>M-3mm</b>.</p> <p>See <a href="#">PB #09-120-OPE</a> for information on Form <b>M-328a/b/c</b>.</p> <p>See <a href="#">PD #10-25-ELI</a> for information on Form <b>W-686c</b>.</p> <p>See Employment Manual for information on Forms <b>W-116J</b>, <b>W-116R</b>, and <b>W-116T</b>.</p> | <p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff that the New York State Office of Temporary and Disability Assistance's (OTDA) Manhattan Fair Hearing Office located at 330 West 34<sup>th</sup> Street, is closed until further notice. Consequently, the forms listed below have been revised to remove the above address from the forms' Fair Hearing section.</p> <p>Additionally, the link to OTDA's website, where applicants/participants may access the State's Office of Administrative Hearings online to request a Fair Hearing, has been revised to read as follows: <a href="http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp">http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>M-3mm</b> Notification of Application Withdrawal</li> <li>• <b>M-3mm (S)</b> Notification of Application Withdrawal (Spanish)</li> <li>• <b>M-328a/b/c Insert</b> Timely Aid-Continuing Fair Hearing Language Insert</li> <li>• <b>M-328a/b/c (S) Insert</b> Timely Aid-Continuing Fair Hearing Language Insert (Spanish)</li> <li>• <b>M-686c</b> Notice of Determination on Application for Guide Dog Food Assistance Program</li> <li>• <b>M-686c (S)</b> Notice of Determination on Application for Guide Dog Food Assistance Program (Spanish)</li> <li>• <b>W-116J</b> Notice of Approval of Request for Educational/Training Program</li> <li>• <b>W-116J (S)</b> Notice of Approval of Request for Educational/Training Program (Spanish)</li> <li>• <b>W-116R</b> Notice of Denial of Request for Educational/Training Program</li> <li>• <b>W-116R (S)</b> Notice of Denial of Request for Educational/Training Program (Spanish)</li> </ul> |

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

See [PB #09-63-OPE](#) for information on Forms **W-137B** and **W-137C**

Additional changes to Forms **W-138D** and **W-145D**: Agency logo was updated

- **W-116T** Notice of Training Alternative Program
- **W-116T (S)** Notice of Training Alternative Program (Spanish)
- **W-137B** Notice of Acceptance/Denial of Request for an Additional Allowance to Meet a Special Need or for a Change in Grant
- **W-137B (S)** Notice of Acceptance/Denial of Request for an Additional Allowance to Meet a Special Need or for a Change in Grant (Spanish)
- **W-137C** Cash Assistance Additional Allowance
- **W-137C (S)** Cash Assistance Additional Allowance (Spanish)
- **W-138D** Notification of Work Requirement and Right to Contest (Food Stamp Participants)
- **W-138D (S)** Notification of Work Requirement and Right to Contest (Food Stamp Participants) (Spanish)
- **W-145D** Notice of Change in Cash Payment for Safety Net Cases
- **W-145D (S)** Notice of Change in Cash Payment for Safety Net Cases (Spanish)
- **W-145VV** Notice of Change in Cash Payment for Family Assistance Cases
- **W-145VV (S)** Notice of Change in Cash Payment for Family Assistance Cases (Spanish)

*Effective Immediately*

**Reference:**

[OTDA GIS 11 TAWMS014](#)

**Related Items:**

[Employment Process Manual](#)

[PD #10-25-ELI](#)

[PB #09-120-OPE](#)

[PB #09-63-OPE](#)

[PB #08-83-OPE](#)

**Attachments:**

- |                  |  |
|------------------|--|
| <b>M-3mm</b>     | Notification of Application Withdrawal (Rev. 5/3/11)           |
| <b>M-3mm (S)</b> | Notification of Application Withdrawal (Spanish) (Rev. 5/3/11) |

☒ Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>M-328a/b/c Insert</b>     | Timely Aid-Continuing Fair Hearing Language Insert (Rev. 5/3/11)   |
| <b>M-328a/b/c (S) Insert</b> | Timely Aid-Continuing Fair Hearing Language Insert (Spanish)   |
| <b>M-686c</b>                | Notice of Determination on Application for Guide Dog Food Assistance Program (Rev. 5/3/11)   |
| <b>M-686c (S)</b>            | Notice of Determination on Application for Guide Dog Food Assistance Program (Spanish) (Rev. 5/3/11)                                       |
| <b>W-116J</b>                | Notice of Approval of Request for Educational/Training Program (Rev. 5/3/11)   |
| <b>W-116J (S)</b>            | Notice of Approval of Request for Educational/Training Program (Spanish) (Rev. 5/3/11)   |
| <b>W-116R</b>                | Notice of Denial of Request for Educational/Training Program (Rev. 5/3/11)   |
| <b>W-116R (S)</b>            | Notice of Denial of Request for Educational/Training Program (Spanish) (Rev. 5/3/11)   |
| <b>W-116T</b>                | Notice of Training Alternative Program (Rev. 5/2/11)   |
| <b>W-116T (S)</b>            | Notice of Training Alternative Program (Spanish) (Rev. 5/3/11)   |
| <b>W-137B</b>                | Notice of Acceptance/Denial of Request for an Additional Allowance to Meet a Special Need or for a Change in Grant (Rev. 5/3/11)           |
| <b>W-137B (S)</b>            | Notice of Acceptance/Denial of Request for an Additional Allowance to Meet a Special Need or for a Change in Grant (Spanish) (Rev. 5/3/11) |
| <b>W-137C</b>                | Cash Assistance Additional Allowance (Rev. 5/3/11)   |
| <b>W-137C (S)</b>            | Cash Assistance Additional Allowance (Spanish) (Rev. 5/3/11)   |
| <b>W-138D</b>                | Notification of Work Requirement and Right to Contest (Food Stamp Participants) (Rev. 5/3/11)  |
| <b>W-138D (S)</b>            | Notification of Work Requirement and Right to Contest (Food Stamp Participants) (Spanish) (Rev. 5/3/11)                                    |
| <b>W-145D</b>                | Notice of Change in Cash Payment for Safety Net Cases (Rev. 5/3/11)  |
| <b>W-145D (S)</b>            | Notice of Change in Cash Payment for Safety Net Cases (Spanish) (Rev. 5/3/11)  |
| <b>W-145VV</b>               | Notice of Change in Cash Payment for Family Assistance Cases (Rev. 5/3/11)   |
| <b>W-145VV (S)</b>           | Notice of Change in Cash Payment for Family Assistance Cases (Spanish) (Rev. 5/3/11)   |

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
FH&C Telephone: \_\_\_\_\_

**Notification of Application Withdrawal  
(Cash Assistance, Food Stamps and Medical Assistance)**

The Agency's decision(s) on your application dated \_\_\_\_\_ is/are explained below, next to the checked box(es)

**Cash Assistance (Public Assistance)**

You have withdrawn your application for Cash Assistance.

**Food Stamps**

You have withdrawn your application for Food Stamps.

**Medical Assistance**

You have withdrawn your application for Medical Assistance.



If you withdraw your application for Cash Assistance, Food Stamps, or Medical Assistance, you may reapply at any time for any program.

**Your Right to a Fair Hearing**

You have a right to a Fair Hearing even if you have agreed in writing that your application should be withdrawn but you feel that you were given incorrect or incomplete information about your eligibility for the covered program or service. See regulation 18 NYCRR § 358-3.1 (b) (1).

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

\_\_\_\_\_  
Authorized by

\_\_\_\_\_  
Date

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

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

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

### STATE FAIR HEARING

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

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

**(2) WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Please keep a copy for yourself.)

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

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

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

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

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

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

**FAIR HEARING REQUEST**

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

SAMPLE

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Street Apt.# City State Zip Code

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

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Núm. de Tel. de FH&C: \_\_\_\_\_

### **Aviso de Retiro de la Solicitud (Asistencia de Dinero en Efectivo, Cupones para Alimentos y Asistencia Médica)**

La(s) decision(es) con respecto a su solicitud con fecha \_\_\_\_\_ se explica(n) más abajo, junto a la(s) casilla(s) marcada(s)

#### **Asistencia de Dinero en Efectivo (Asistencia Pública)**

Usted ha retirado su solicitud de Asistencia de Asistencia en Efectivo.

#### **Cupones para Alimentos**

Usted ha retirado su solicitud de Cupones para Alimentos.

#### **Asistencia Médica**

Usted ha retirado su solicitud de Asistencia Médica.

SAMPLE

Si usted retira su solicitud de Asistencia en Efectivo, Cupones para Alimentos o Asistencia Médica, puede volver a presentar su solicitud en cualquier momento para cualquiera de los programas.

#### **Su Derecho a una Audiencia Imparcial**

Usted tiene derecho a una Audiencia Imparcial aún si ha aceptado por escrito que su solicitud sea retirada, pero estima que le proporcionaron información incorrecta o incompleta sobre su elegibilidad respecto al programa o servicio cubierto. Vea la disposición reglamentaria 18 NYCRR § 358-3.1(b)(1).

Si su situación resulta extremadamente grave, favor de proporcionar detalles; el Estado intentará tramitar su solicitud de una Audiencia Imparcial lo más pronto posible. Si nos llama para pedir una Audiencia Imparcial, favor de estar listo para explicar su situación a la persona que conteste el teléfono. De igual forma explique su situación cuando escriba para solicitar una Audiencia Imparcial si lo decide e incluya una copia de este aviso.

\_\_\_\_\_  
Autorizado por

\_\_\_\_\_  
Fecha

**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.**

## 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 arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escríbanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial. **AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL**  
**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

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

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



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

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

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Fecha Límite:** Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de Asistencia en Efectivo y/o asistencia médica y noventa (90) días para asuntos Cupones para Alimentos.

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

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

SAMPLE

Nombre en Letras de Molde: \_\_\_\_\_ Núm. del Caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Calle Apto.# Ciudad Estado Código Postal

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

## 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 this notice is telling you that you owe a Cash Assistance overpayment, and if you do not agree that you owe this overpayment, you must call for a Fair Hearing within 60 days of the date of this notice. If you do not call for a Fair Hearing within 60 days of the date of this notice, you cannot claim in the future that the agency's decision that you owe the debt was wrong. If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
**(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at:  
**14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/oa/h/forms.asp>

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

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

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

**INFORMATION:** A RECOUPMENT at the rate of \_\_\_\_\_ percent (%) is being taken against your Cash Assistance. If you believe the recoupment at this rate will cause your family an undue hardship, you should contact your worker to explain your reason. An undue hardship means that a person does not have enough income to eat, to pay for shelter or utilities, to get necessary clothing, to buy general items of need, or to pay for medical needs not covered by Medical Assistance. Your worker will let you know what kind of proof you will need to show that the recoupment at this rate will cause an undue hardship. If we decide that the recoupment will cause an undue hardship, the recoupment rate will be changed to a rate between 5 and 10%. The recoupment rate must be at least 5%. This decision is based on 18 NYCRR 352.31(d). Your recoupment rate will appear on the Notice of Intent to Reduce Cash Assistance [**M-328a**]).

**FAIR HEARING REQUEST**

**Continuing Your Benefit(s):** Your benefits 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.

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

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 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 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:**

\_\_\_\_\_

SAMPLE

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Street Apt.# City State Zip Code

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

## Hoja sobre Audiencia Imparcial Oportuna para la Continuación de Beneficios 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 arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame o escríbale al Centro que está encargado de su caso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si este aviso le está informando de que usted debe un sobrepago de Asistencia en Efectivo, usted tiene que llamar para solicitar una Audiencia Imparcial dentro 60 días de la fecha que se encuentra en este aviso. Si usted no llama para una Audiencia Imparcial dentro los 60 días de la fecha que se encuentra en este aviso, en el futuro usted no puede reclamar que la decisión de la agencia de que usted debe este sobrepago de Asistencia en Efectivo es errónea. Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a:  
**14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) **POR INTERNET:** Llene una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

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

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

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

**INFORMACIÓN:** Un REEMBOLSO con un porcentaje del \_\_\_\_ (%) se está tomando contra su caso de Asistencia en Efectivo. Si usted cree que el reembolso de este porcentaje causará a su familia penuria indebida, debe comunicarse con su trabajador para explicarle su razón. Penuria indebida significa que la persona no tiene suficiente dinero para comer, para refugio o para electricidad y gas, para conseguir ropa necesaria, comprar artículos de primera necesidad o pagar necesidades médicas que no estén cubiertas por la Asistencia Médica. Su trabajador le explicará qué comprobantes tendrá que presentar para demostrar que el reembolso con este porcentaje le causará penuria indebida. Si nosotros decidimos que el porcentaje del reembolso causará penuria indebida, el porcentaje del reembolso se cambiará a entre el 5 y 10%. El porcentaje del reembolso tiene que ser de por lo menos el 5%. Esta decisión está basada en el reglamento Estatal 18 NYCRR § 352.31(d). Su tasa de reembolso aparecerá en el Aviso de la Intención de Reducir la Asistencia en Efectivo [M-328a (S)].

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Mantenimiento de Su(s) Beneficio(s):** Su(s) beneficio(s) continuará(n) sin cambios, hasta que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de entrada en vigor indicada en el presente aviso.

Favor de tener presente que si usted sólo pide una conferencia, y no una Audiencia Imparcial Estatal, dentro de la fecha indicada en la sección de Mantenimiento de Su(s) Beneficio(s), sus beneficios no quedarán iguales.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba la decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

**No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.**

**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.

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

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

\_\_\_\_\_

Nombre en  
Letras de

Molde: \_\_\_\_\_ Núm. del Caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Calle Apto.# Ciudad Estado Código Postal

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

**Office Of Project Support  
Guide Dog Food Program  
180 Water Street, 19th Floor  
New York, NY 10038  
Attn: Coordinator**

Notice Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
FH&C Telephone: \_\_\_\_\_

### Notice of Determination on Application for Guide Dog Food Assistance Program

After careful consideration of your application for the Guide Dog Food Assistance Program, we find that you are:

eligible for assistance from the program and will receive, on or about the first day of each month, a check for \$35. Payments will be issued retroactive from \_\_\_\_\_ (date) .

ineligible for assistance from the program due to the following reason(s):

**Our clearance indicates:**

- You are not eligible for, or in receipt of, Supplemental Security Income (SSI) benefits.
- You are not blind, deaf, or disabled.

**Your application indicates:**

- You do not own a guide dog.
- You are employed. SSA exempts some earnings for the maintenance of a guide, hearing or service dog from consideration when determining your SSI benefit.
- Other (specify): \_\_\_\_\_

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 397.10.

\_\_\_\_\_  
Signature of Guide Dog Coordinator

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Supervisor Signature

\_\_\_\_\_  
Date

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

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

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

### STATE FAIR HEARING

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

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
**(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.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.

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

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

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

**FAIR HEARING REQUEST**

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 issues.

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.**

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:**

# SAMPLE

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

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

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

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



**Office Of Project Support  
Guide Dog Food Program  
180 Water Street, 19th Floor  
New York, NY 10038  
Attn: Coordinator**

Fecha del Aviso: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Teléfono de FH&C: \_\_\_\_\_

### **Aviso de la Determinación sobre la Solicitud para el Programa de Asistencia para Comida para Perros Guías**

Después de considerar cuidadosamente su solicitud para el Programa de Asistencia para Comida para Perros Guías, hemos decidido que usted:

es elegible para asistencia del programa y recibirá, el primer día de cada mes, o alrededor de esa fecha, un cheque por \$35. Los pagos serán emitidos retroactivamente a partir de \_\_\_\_\_ (fecha)

no es elegible para los requisitos para asistencia del programa debido a la(s) siguiente(s) razón(es):

**Nuestra autorización indica que:**

- Usted no reúne los requisitos para o recibe beneficios de Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI).
- Usted no es ni ciego, ni sordo, ni incapacitado.

**Su solicitud indica que:**

- Usted no es dueño de un perro guía.
- Usted está empleado. La Administración de Seguro Social (Social Security Administration – SSA) exime algunos ingresos para el mantenimiento de perros guía, para sordos, o para servicios, respecto a la determinación de sus beneficios de Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income – SSI).
- Otro caso (especifique): \_\_\_\_\_

La(s) disposición(es) legal(es) y reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal modo es/son 18 NYCRR § 397.10.

\_\_\_\_\_  
Firma del Coordinador de Perros Guías

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en **la primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en **la primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

- (1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al:  
**(518) 473-6735**.
- (4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance), en:  
**14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

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

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

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

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

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

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.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba la decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

**No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.**

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

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

# SAMPLE

Nombre en  
Letras de  
Molde:

Nombre \_\_\_\_\_ I. Apellido \_\_\_\_\_ Núm. del Caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
FH&C Telephone: \_\_\_\_\_  
TAG Assessment Date: \_\_\_\_\_

### Notice of Approval of Request for Educational/Training Program

You have requested approval to attend/continue in an educational/training program. This notice is to inform you that your request has been APPROVED because:

- the Human Resources Administration (HRA)-approved program is in accordance with the goals of your Employability Plan.
- Other (specify): \_\_\_\_\_

You will be able to attend the \_\_\_\_\_  
program located at: \_\_\_\_\_

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

for the period of \_\_\_\_\_ through \_\_\_\_\_ . After that date, you will be called into your Center for  
(date) (date)

an assessment of your progress toward completion of the program and to determine whether or not you will continue or be reassigned to another activity. During the period of your attendance, you will receive supportive services based upon an eligibility review, including biweekly carfare, which will be available in your Electronic Benefits Transfer (EBT) account and/or part-time or full-time child care, which will be paid directly to your child care provider. You may also be assigned to a concurrent work activity if necessary to fulfill the mandatory 35-hour workweek.

Vendor Skill Code: \_\_\_\_\_

- Other supportive services (Regional Manager-approved only) \_\_\_\_\_

A copy of the completed FIA School/Training Enrollment Letter (**W-700D**) is attached.

Failure to comply with program requirements without good cause may result in the reduction of your cash assistance and/or Food Stamp benefits.

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 385.9.

---

TAG Worker's Signature

Date

**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.**

**(continued on page 3)**

SAMPLE

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

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

### STATE FAIR HEARING

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

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, **P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
**(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.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.

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

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

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

**FAIR HEARING REQUEST**

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for cash assistance 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:**

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: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Unidad del Caso: \_\_\_\_\_  
Teléfono de FH&C: \_\_\_\_\_  
Fecha de Evaluación de TAG: \_\_\_\_\_

### Aviso de Aprobación de Solicitud a un Programa de Educación/Capacitación

Usted ha solicitado que se le permita asistir/continuar un programa de educación/capacitación. Este aviso es para informarle de que su solicitud ha sido APROBADA debido a que:

- El programa aprobado por la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) coincide con las metas de su Plan de Empleabilidad.
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Usted podrá asistir al programa de \_\_\_\_\_  
ubicado en: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

por el período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. Después de esa fecha, se le convocará a su Centro para una  
(fecha) (fecha)

evaluación de su progreso hacia el cumplimiento del programa, y se determinará si seguirá la actividad o si será reasignado a otra. Durante el período que esté asistiendo, y de acuerdo a una revisión de elegibilidad, usted recibirá servicios de apoyo, incluidos la tarifa de transporte quincenal (la cual estará disponible en su cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios [Electronic Benefits Transfer – EBT]) y/o cuidado infantil a tiempo parcial o completo lo cual será pagado directamente a su proveedor de cuidado infantil. Usted también puede ser asignado(a) a una actividad de trabajo simultánea, si fuese necesario para cumplir la semana de 35 horas laborales obligatorias.

Código de Aptitudes del Contratista: \_\_\_\_\_

- Otros servicios de apoyo (sólo aprobados por el Administrador Regional) \_\_\_\_\_

Adjunta se encuentra una copia de la carta sobre su ya terminado programa Escolar/de Inscripción para Capacitación de la FIA (FIA School/Training Enrollment Letter [W-700D]).



El incumplimiento de los requisitos del programa sin motivo justificado podría resultar en la reducción de sus beneficios de asistencia en efectivo y/o Cupones para Alimentos.

La(s) ley(es) y/o reglamento(s) que nos permite(n) obrar de esta forma es/son 18 NYCRR § 385.9.

---

Firma del Trabajador de TAG

Fecha

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

**(continuación en la página 3)**

SAMPLE

## 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 arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en la primera página de este aviso, o escríbanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a: Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a:  
**14 Boerum Place, Brooklyn, New York, 11201**
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

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

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

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

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

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Fecha Límite:** Si usted desea que el estado revise nuestra decisión, usted tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de 60 días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia en efectivo.

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

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

SAMPLE

Nombre en Letras de Molde: \_\_\_\_\_ Núm. del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
FH&C Telephone: \_\_\_\_\_  
TAG Assessment Date: \_\_\_\_\_

### Notice of Denial of Request for Educational/Training Program

You have requested approval to attend/continue attendance in an educational/training program. This notice is to inform you that your request has been DENIED because:

- your academic skills indicate you do not meet minimum entrance requirements for the program.
- the program you have requested is not an HRA-approved program and the program did not seek or failed to meet HRA requirements for inclusion on the Master List of Approved Programs.
- the program you have requested is not in accordance with your Employability Plan (EP), which you signed on \_\_\_\_\_ (date).
- you have previously been assessed and assigned in accordance with your EP and preferences and you have not completed a six-month period of assignment.
- a training program opening is not available.
- you have been sanctioned for willfully and without good cause refusing to or failing to comply with a work requirement in the past six (6) months.
- you have an unsatisfactory attendance/progress report.
- you have willfully and without good cause refused or failed to report to a mandatory assessment appointment.
- other (specify): \_\_\_\_\_.

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 385.9.

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

\_\_\_\_\_  
Date

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

\_\_\_\_\_  
Date

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

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

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

### STATE FAIR HEARING

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

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
**(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.ctda.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.

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

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

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

**FAIR HEARING REQUEST**

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for temporary assistance-related issues, including employment requirements.

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:**

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: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Teléfono de FH&C: \_\_\_\_\_  
Fecha de Evaluación TAG: \_\_\_\_\_

### Aviso del Rechazo de Solicitud a un Programa de Educación/Capacitación

Usted ha solicitado que se le permita asistir/seguir asistiendo a un programa educación o de capacitación. Este aviso es para informarle que su solicitud ha sido RECHAZADA debido a que:

- sus habilidades académicas indican que usted no reúne los requisitos mínimos para entrar al programa.
- el programa que usted solicitó no está aprobado por la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA), y el programa no procuro o no cumplió con los requisitos de inclusión de la Administración de Recursos Humanos en la Lista de Control de Programas Aprobados.
- el programa que usted solicitó no coincide con el Plan de Empleabilidad (Employability Plan – EP) que usted firmó el \_\_\_\_\_  
(fecha)
- usted ha sido evaluado anteriormente y asignado de acuerdo a su Plan de Empleabilidad y preferencias y no ha completado una asignación de un período de seis meses.
- no hay cupo en ningún programa de capacitación.
- se le ha sancionado por rehusar o no cumplir un requisito de trabajo intencionadamente y sin motivo justificado en los últimos seis (6) meses.
- usted tiene un informe de progreso/asistencia insatisfactorio.
- usted ha rehusado cumplir o ha faltado a la cita obligatoria de evaluación intencionadamente y sin motivo justificado.
- otro (especifique): \_\_\_\_\_

La(s) ley(es) y/o reglamento(s) que nos permite(n) obrar de esta forma es/son 18 NYCRR § 385.9.

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador de TAG                      Fecha                      Firma del Participante                      Fecha

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

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

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

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

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

**(4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados 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:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

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

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



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

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

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Fecha Límite:** Si usted desea que el estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos relacionados con asistencia temporaria incluidos los requisitos de empleo.

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

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

SAMPLE

Nombre en Letras de Molde: \_\_\_\_\_ Núm. del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Notice Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
FH&C Telephone: \_\_\_\_\_

### Notice of Alternative Training Program

An assessment and determination of your employability status was conducted by the Family Independence Administration's Training Assessment Group staff. Your marketable skills, background, employment and training needs were evaluated and your educational skills were tested. After a discussion and interview to ascertain your training preferences and a review of your test scores, it was determined that the education/training program which you requested is inappropriate for you at the present time.

The reason we have determined that the education/training program you requested is inappropriate for you at this time is as follows:

\_\_\_\_\_

SAMPLE

You have been referred to the following alternative training/education program:

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

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

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

Contact Person: \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_

Program Start Date: \_\_\_\_\_ Program End Date: \_\_\_\_\_

Attendance in the training/education program is mandatory in order to comply with the Cash Assistance work rules. During the period of your attendance, you will receive supportive services based upon an eligibility review including biweekly carfare, which will be available in your Electronic Benefits Transfer (EBT) account and/or part-time or full-time child care, which will be paid directly to your child care provider. Should you have any questions regarding this alternative training program, please contact the Training Assessment Group (TAG) office at \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
Date

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

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

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

### STATE FAIR HEARING

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

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
**(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.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.

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

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

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

**FAIR HEARING REQUEST**

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for cash assistance 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:**

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

SAMPLE

Fecha del Aviso: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Núm. de Tel. de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso de Programa Alternativo de Capacitación

El personal del Grupo de Evaluación para Capacitación de la Administración de la Independencia Familiar (Family Independence Administration's Training Assessment Group) llevó a cabo una evaluación y determinó su estado de empleabilidad. Se evaluaron sus áreas de necesidad como habilidades comercialmente útiles, historial, empleo y capacitación, al mismo tiempo que se puso en prueba la capacidad de su educación. Al haberlo entrevistado para averiguar sus preferencias de capacitación y haber revisado los resultados de su prueba, se llegó a la conclusión de que el programa de educación/capacitación al que usted solicitó no era el adecuado para usted por ahora.

El motivo por el cual hemos determinado que el programa de educación/capacitación que usted solicitó no es el adecuado para usted por ahora es el siguiente:

SAMPLE

Se le ha enviado al siguiente programa alternativo de educación/capacitación:

Nombre del Programa: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Persona a Contactar: \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha de Comienzo del Programa: \_\_\_\_\_ Fecha Final del Programa: \_\_\_\_\_

La asistencia al programa de educación/capacitación es obligatoria para cumplir con las reglas de Asistencia en Efectivo. Durante el período de su asistencia, recibirá servicios de apoyo conforme a una revisión de elegibilidad, incluido el costo quincenal de transporte por carro, que estará disponible en su cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios (Electronic Benefits Transfer – EBT) y/o cuidado infantil a tiempo parcial o completo, a ser pagado directamente a su proveedor de cuidado infantil. Si tiene preguntas sobre el programa de capacitación alternativo, por favor comuníquese con la oficina del Grupo de Evaluación para Capacitación (Training Assessment Group – TAG) al \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

(vea la próxima 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 arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en **la primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en **la primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

- (1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
<http://www.otda.ny.gov/oaah/forms.asp>

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

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

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

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

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Fecha Límite:** Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, usted tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública.

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

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

Nombre en  
Letras de  
Molde: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ I. \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Núm. del Caso: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Worker \_\_\_\_\_  
Telephone No.: \_\_\_\_\_  
FH&C \_\_\_\_\_  
Telephone No.: \_\_\_\_\_

### Action Taken on Your Request for Emergency Assistance or Additional Allowance (For Participants Only)

The Agency's decision(s) regarding your benefit program(s) is/are explained below, next to the checked box(es) .

This Notice applies only to your request for an additional allowance to meet a special need, a change in grant, or an application for emergency assistance. If your request for additional assistance is denied, your ongoing Cash Assistance case will not be affected.

On \_\_\_\_\_, you requested  Emergency Assistance  Additional Allowance for:  
(Date)

\_\_\_\_\_

SAMPLE

Your request for \_\_\_\_\_ has been accepted. You will receive:

One payment in the amount of \$ \_\_\_\_\_ . Period covered, if applicable: \_\_\_\_\_

Method of payment:

Broker's or finder's fee/voucher  Check to be picked up by you at your Job Center  Check mailed to your home

As an addition to your regular public grant, which can be obtained through the EBT system  Security deposit agreement  Direct vendor check

Other action: \_\_\_\_\_

You will receive a second notice informing you as to how your ongoing benefits will be affected.



On \_\_\_\_\_, you were referred to the Burial Claims Unit at 25 Chapel Street, Room 606, Brooklyn, NY 11201, (718) 473-8310, to apply for a burial allowance.

Your request for \_\_\_\_\_ has been denied because:

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR (please see the section numbers below):

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Addition to Household § 352.30                          | <input type="checkbox"/> Additional Allowance for Fuel § 352.5  | <input type="checkbox"/> Back Mortgage and/or Taxes § 352.7(g)              | <input type="checkbox"/> Back Rent § 352.7(g)                                    |
| <input type="checkbox"/> Broker's or Finder's Fee/Voucher § 352.6(a)             | <input type="checkbox"/> Catastrophic Loss (replacement of clothing and furniture lost in fire, flood or other disaster) § 352.7(d) | <input type="checkbox"/> Furniture and Other Household Items § 352.7(a)     | <input type="checkbox"/> Moving Expenses § 352.6(a)                              |
| <input type="checkbox"/> Payment to Maintain or Restore Utility Services § 352.5 | <input type="checkbox"/> Pregnancy Allowance § 352.7(k)   | <input type="checkbox"/> Property Repairs § 352.4(d), § 352.6(e)            | <input type="checkbox"/> Rent Security Deposit/ Letter of Guarantee § 352.6(a)   |
| <input type="checkbox"/> Repair of Essential Household Items § 352.7(b)          | <input type="checkbox"/> Restaurant Allowance § 352.7(c)  | <input type="checkbox"/> Semi-monthly Fuel for Heating Allowance § 352.5(b) | <input type="checkbox"/> Storage of Furniture and Personal Belongings § 352.6(f) |
| <input type="checkbox"/> Work Activity Related Supportive Services § 385.4       |   |   |  |

SAMPLE

Other (specify): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
JOS/Worker's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

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

\_\_\_\_\_  
Date

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

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

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

### STATE FAIR HEARING

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

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
**(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/eah/forms.asp>

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

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

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

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

**FAIR HEARING REQUEST**

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for Cash Assistance, medical assistance or social services 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. **Note:** If your situation is extremely serious please explain your situation; the State will attempt to process your request for a Fair Hearing as quickly as possible. If you call to request a Fair Hearing, please be prepared to explain your situation to the person who answers the phone.

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

SAMPLE

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

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

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

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

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Núm. de Teléfono del Trabajador: \_\_\_\_\_  
Núm. de Teléfono de FH&C: \_\_\_\_\_

### Medidas Tomadas con Respecto a su Petición de Asistencia de Emergencia o Una Asignación Adicional (Sólo para Participantes)

La(s) decisión(es) de la Agencia con respecto a su(s) programa(s) de beneficio(s) se explica(n) más abajo, junto a la(s) casilla(s) marcada(s) .

Este Aviso sólo se refiere a su petición de una asignación adicional para satisfacer una necesidad específica, un cambio en la concesión o una solicitud de asistencia de emergencia. Si su petición de asistencia adicional es rechazada, su caso actual de Asistencia en Efectivo no será afectado.

El \_\_\_\_\_, usted solicitó  Asistencia de Emergencia  Asignación Adicional para:  
(Fecha)

SAMPLE

Su solicitud de \_\_\_\_\_, ha sido aceptada. Usted recibirá:

Un pago por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_. Período de cobertura, si corresponde: \_\_\_\_\_.

Método de pago:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pago/comprobante de agente o intermediario   | <input type="checkbox"/> Cheque que debe ser recogido por usted en su Centro de Trabajo | <input type="checkbox"/> Cheque enviado por correo a su hogar |
| <input type="checkbox"/> Un suplemento a su concesión pública usual, que se puede obtener a través del sistema de EBT | <input type="checkbox"/> Acuerdo de depósito de garantía                                | <input type="checkbox"/> Cheque directo al contratista        |

Otra medida: \_\_\_\_\_

Usted recibirá un segundo aviso informándole de cómo serán afectados sus beneficios actuales.

El \_\_\_\_\_, usted fue enviado a la Unidad de Reclamos de Sepultura (Burial Claims Unit) en 25 Chapel Street, Sala 606, Brooklyn, NY 11201, (718) 473-8310, para solicitar una asignación de sepultura.

Su petición de \_\_\_\_\_ ha sido rechazada debido a que:

La(s) ley(es) y/o reglamento(s) que nos permite(n) hacer esto es/son 18 NYCRR (favor de ver la sección a continuación):

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agregar una Persona al Hogar § 352.30                                   | <input type="checkbox"/> Asignación Adicional para Combustible § 352.5   | <input type="checkbox"/> Pagos Atrasados de Hipoteca y/o Impuestos § 352.7(g)            | <input type="checkbox"/> Alquiler Atrasado § 352.7(g)                                   |
| <input type="checkbox"/> Pago/Comprobante de Agente o Intermediario de Bienes Raíces §352.6(a)   | <input type="checkbox"/> Pérdida Catastrófica (reemplazo de ropa y muebles perdidos por un fuego, inundación u otro desastre) § 352.7(d) | <input type="checkbox"/> Muebles y Otros Artículos Domésticos § 352.7(a)                 | <input type="checkbox"/> Gastos de Mudanza § 352.6(a)                                   |
| <input type="checkbox"/> Pagos para Mantener o Restaurar Servicios de Electricidad y Gas § 352.5 | <input type="checkbox"/> Asignación para Embarazo §352.7(k)  | <input type="checkbox"/> Reparaciones a la Propiedad § 352.4(d), § 352.6(e)              | <input type="checkbox"/> Depósito de Garantía de Alquiler/Carta de Garantía § 352.6(a)  |
| <input type="checkbox"/> Reparaciones de Artículos Domésticos Indispensables §352.7(b)           | <input type="checkbox"/> Asignación para Restaurante § 352.7(c)  | <input type="checkbox"/> Asignación Quincenal de Combustible para Calefacción § 352.5(b) | <input type="checkbox"/> Almacenamiento de Muebles y Pertenencias Personales § 352.6(f) |
| <input type="checkbox"/> Actividad de Trabajo Relacionada con Servicios de Apoyo § 385.4         |  |  |   |

SAMPLE

Otros (datos específicos): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del JOS/Trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

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

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

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

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

(3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-5735**.

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

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

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

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

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

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

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

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

Si no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite. **Nota:** Si su circunstancia es sumamente urgente, favor de explicarlo en detalle, el Estado hará todo esfuerzo de procesar su solicitud para una Audiencia Imparcial lo más pronto posible. Si usted llama para solicitar una Audiencia Imparcial, por favor esté preparado para explicar su situación a la persona que conteste el teléfono.

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

SAMPLE

Nombre en  
Letras de  
Moide: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

## CASH ASSISTANCE ADDITIONAL ALLOWANCES

You may be eligible for an additional cash grant if someone is added to your budget or to meet certain special needs.  
**DO ANY OF THESE SITUATIONS APPLY TO YOU?**

| ADDITIONAL HOUSEHOLD MEMBER   | WORK ACTIVITY-RELATED SUPPORTIVE SERVICES  |
|---|--|
| <p>If you have a new baby, or a child or adult has recently moved into your household, you may be eligible for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• additional cash assistance for food, rent and other needs</li> <li>• additional food stamps</li> </ul>   | <p>If you participate in work-related activities approved by us, you may be eligible for supportive services such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• child care allowance within approved limits, if needed</li> <li>• necessary public transportation</li> <li>• clothing for participants in job search who have <b>exceptional</b> circumstances, such as homelessness or a recent fire, and lack appropriate clothing</li> <li>• activity/engagement-related licensing, uniform or durable goods fees, within approved limits, upon submission of documentation certifying the need for such items</li> </ul> <p>Necessary supportive services will be provided when you begin a work activity. If your need changes or you are not receiving a needed service, apply to your Job Center for an additional allowance.</p> <p><b>WEP agencies and/or contractors are responsible for providing necessary safety equipment or job-related clothing for their participants.</b></p> <p>Other services and help are available, such as counseling for crisis intervention, drug and alcohol abuse, life and parenting skills and day care for incapacitated adults. For more information, contact your Worker.</p> |
| <b>NEED EXTRA MONEY FOR FOOD</b>  |  |
| <p>If you cannot prepare meals in your own home because your oven, stove or refrigerator doesn't work, or you live in a residence without cooking facilities, or you are very sick, you may be eligible for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a restaurant allowance or</li> <li>• an allowance for home-delivered meals</li> </ul>   |  |
| <b>HOUSING AND SHELTER-RELATED NEEDS</b>  | <b>PREGNANCY</b>   |
| <p>Back rent to prevent your eviction</p> <p>Back mortgage and/or property taxes to prevent foreclosure</p> <p>Payment to maintain or restore utility service(s)</p> <p>A semimonthly heating fuel allowance if your heating costs are not included in your rent</p> <p>Additional allowance for fuel</p> <p>Payment for home repairs if we decide the repairs are necessary to your health and safety or if the property must be repaired to remain income-producing</p> <p>Payment to repair, or in some cases replace, essential household items that you own, such as heating equipment, stove or refrigerator</p> <p>Money to buy essential household furnishings and items if:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• you are moving from a hotel or motel to permanent housing that is unfurnished</li> <li>• you live by yourself and have been discharged from an institution and cannot find furnished accommodations</li> <li>• a family member has returned home after discharge from foster care or an institution</li> <li>• it is necessary for your health and safety that you be rehoused in unfurnished accommodations</li> </ul> <p>If you must move, you may be eligible for payment of:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• moving expenses</li> <li>• security deposit/agreement</li> <li>• broker's fees/voucher</li> <li>• storage of furniture and personal belongings</li> </ul> | <p>If you provide medical documentation showing the date your baby is due and you are at least four (4) months pregnant, you will be eligible for an additional \$50 per month in your grant.</p>  |
|   | <b>CATASTROPHIC LOSS</b>   |
|   | <p>If you recently lost your furniture or clothing in a fire, flood or other catastrophe, you may be eligible for an allowance to replace these items.</p>   |
|   | <b>CAMP FEES</b>   |
|   | <p>When funds cannot be obtained from other sources, you may be eligible for an allowance for camp fees for children.</p>  |
|   | <b>BURIAL ALLOWANCE</b>  |
|   | <p>If burial costs do not exceed \$1,700, not including cemetery plot or cremation costs, apply at the Burial Claims Unit within 60 days of death:</p> <p>25 Chapel Street<br/>Room 606<br/>Brooklyn, NY 11201</p> <p>You may be eligible to receive a burial benefit of up to \$900.</p>  |



### HOW TO REQUEST ADDITIONAL ASSISTANCE

You can add someone to your budget or request a special needs allowance in four ways – in person at the Center, by telephone, by mail or by fax. You may need to contact another designated office to receive certain benefits.

If you go to your Job Center to see your Worker, you will be seen the same day. A designated Worker will help you with the request form. If you cannot wait to see a designated Worker you can get a request form from the receptionist; complete the form and leave it with the receptionist, who will give you a dated copy. Or you can take the form home and mail the completed form to the Worker. If you make a request in person, the Worker may also give you a form listing documents you will have to bring to prove need.

If you make your request by telephone or mail, the Worker will send you a filled-out copy of the request form and a list of documents you will have to provide to prove the need for your request.

If you need help in obtaining documents, tell the Worker and he or she will help you. If you need more time to get documents, explain that to the Worker before the deadline for submitting your documentation.

If you want to have a person 18 years of age or older added to your budget, that person will have to go in to the Job Center to apply in person.

The Worker will determine if you can have a person added to your budget or are eligible for a special allowance. The Worker will send you a notice informing you of the decision. If your request is denied, the notice will inform you of the reason for the denial. The Worker must make a decision within 30 days from the date of your request, or sooner, to address an emergency situation.

If you think our decision was wrong, you can ask for a review of our decision. We will correct our mistakes. You can do both 1 and 2: 1. Ask for a meeting (conference); 2. Ask for a State Fair Hearing with a State hearing officer.

1. **Conference** (informal meeting with us): If you think our decision was wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a meeting. To do this, call your Center and tell the receptionist that you want an Agency conference. If you do not know the main telephone number for your Center, you can call the HRA Information line to find out the correct number to call. The HRA Information line telephone number is **(877) 472-8411**. Sometimes a conference is the fastest way to solve any problem you may have. We encourage you to do this even when you have asked for a Fair Hearing.

2. **Fair Hearing:** You may request a State Fair Hearing in writing, by telephone, by fax, in person or online.

**Write:** Mail a letter to Office of Administrative Hearings, NYS Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201-1930 (Please keep a copy for yourself.)

**Telephone:** Call **(800) 342-3334**

**Fax:** Fax a letter to **(518) 473-6735**

**In Person:** Go to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

**Online:** Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

### ASIGNACIONES ADICIONALES DE ASISTENCIA EN EFECTIVO

Usted podría ser elegible para una concesión adicional de dinero en efectivo si se agrega a alguien a su presupuesto o para cubrir ciertas necesidades especiales.

¿ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES LE CORRESPONDE A USTED?

| MIEMBRO ADICIONAL EN EL HOGAR   | SERVICIOS DE APOYO RELACIONADOS CON ACTIVIDADES DE TRABAJO  |
|---|---|
| <p>Si usted tiene un recién nacido o si un niño o un adulto se ha mudado recientemente a su hogar, usted podría tener derecho a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• asistencia en efectivo adicional para comida, alquiler y otras necesidades</li> <li>• Cupones para Alimentos adicionales</li> </ul>   | <p>Si usted participa en actividades de trabajo aprobadas por nosotros, podría ser elegible para servicios de apoyo como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• asignación para cuidado infantil dentro de los límites aprobados, de ser necesario</li> <li>• transporte público necesario</li> <li>• ropa para participantes en búsqueda de trabajo en circunstancias <b>fuera de lo común</b>, como desamparo o incendio reciente y falta de ropa adecuada</li> <li>• licenciatura relacionada con actividades/participación, cuotas de uniformes o de bienes duraderos, dentro de los límites aprobados, tras la presentación de documentación que certifique la necesidad de tales artículos</li> </ul> <p>Se le brindaran los servicios de apoyo necesarios al usted comenzar una actividad de trabajo. Si usted necesita cambios o si no recibe un servicio necesario, solicite una asignación adicional en su Centro de Trabajo.</p> <p><b>Las agencias de WEP y/o sus contratistas tienen la responsabilidad de proveer equipo de seguridad o ropa relacionada con el trabajo necesarios para sus participantes.</b></p> |
| <p><b>NECESITA DINERO ADICIONAL PARA COMIDA</b></p> <p>Si usted no puede preparar comidas en su propio hogar porque su horno, estufa o refrigerador no funcionan, o vive en una residencia sin instalaciones de cocina, o está usted muy enfermo podría por derecho a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una asignación para restaurante o</li> <li>• una asignación para comidas entregadas a domicilio</li> </ul>  | <p>Otros servicios y ayuda están disponibles, como asesoría de intervención en caso de crisis, drogadicción y alcoholismo, aptitudes para el diario vivir y aptitudes para la crianza y cuidado para adultos incapacitados durante el día. Para más detalles comuníquese con su Trabajador.</p>   |
| <p><b>NECESIDADES RELATIVAS A LA VIVIENDA Y EL ALBERGUE</b></p> <p>Pagos de alquiler atrasados para prevenir su desalojo</p> <p>Pagos atrasados de hipoteca y/o impuestos a la propiedad inmobiliaria para prevenir el embargo de su hipoteca</p> <p>Pago para mantener o restaurar servicio de electricidad y/o gas</p> <p>Una concesión quincenal de combustible para calefacción o si los costos de calefacción no están incluidos en su alquiler</p> <p>Asignación adicional para combustible</p> <p>Pagos para reparaciones a su hogar si determinamos que dichas reparaciones son necesarias para su salud y seguridad o la propiedad debe ser reparada para continuar produciendo ingresos.</p> <p>Pagos para reparaciones, o en algunos casos, para reemplazar artículos esenciales que usted posea, como equipo de calefacción, estufa o refrigeradora</p> <p>Dinero para el inmobiliario y artículos de primera necesidad para el hogar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• usted se está mudando de un hotel o motel a una vivienda permanente que está sin amueblar</li> <li>• usted vive solo y ha sido dado de alta por una institución y no puede encontrar alojamiento amueblado</li> <li>• un miembro de su familia ha regresado a su casa luego de haber sido dado de alta de un hogar de guarda o de una institución</li> <li>• es necesario para su salud y seguridad que se le reinstale en alojamiento sin amueblar</li> </ul> <p>Si usted tiene que mudarse, usted podría tener derecho a pagos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gastos de mudanza</li> <li>• depósito de garantía/acuerdo</li> <li>• comisión/comprobantes de agentes</li> <li>• almacenaje de muebles y efectos personales</li> </ul> | <p><b>EMBARAZO</b></p> <p>Si usted proporciona documentación médica que muestre la fecha de nacimiento proyectada de su bebé, y que usted tiene por lo menos cuatro (4) meses de embarazo, tendrá derecho a \$50 adicionales por mes en su concesión.</p> <p><b>PÉRDIDA CATASTRÓFICA</b></p> <p>Si recientemente usted ha perdido sus muebles o ropa en un incendio, inundación o en otra catástrofe, puede tener derecho a una asignación para reemplazar esos artículos.</p> <p><b>CUOTAS DE CAMPAMENTO</b></p> <p>En caso de que los fondos no puedan obtenerse de otras fuentes, usted podría ser elegible para una asignación para las cuotas de campamento para niños.</p> <p><b>CONCESIÓN PARA ENTIERRO</b></p> <p>Si los gastos de entierro no exceden de \$1,700, sin incluir el solar en el cementerio o costos de incineración, preséntese al Burial Claims Unit (Unidad de Reclamaciones de Entierro) dentro de 60 días del fallecimiento:</p> <p>25 Chapel Street<br/>Room 606<br/>Brooklyn, NY 11201</p> <p>Usted podría ser elegible para un beneficio de entierro de hasta \$900.</p>                                   |

### CÓMO SOLICITAR ASISTENCIA ADICIONAL

Usted puede añadir a otra persona a su presupuesto o solicitar una asignación para necesidades especiales de cuatro maneras: en persona en su Centro, por teléfono, por correo o por fax. Puede ser que para recibir cierto tipo de beneficios, tenga que comunicarse con otra oficina designada.

Si usted se presenta a su Centro de Trabajo a reunirse con su Trabajador, se le atenderá ese mismo día. Un Trabajador designado le ayudará con el formulario de solicitud. Si usted no puede esperar para reunirse con un Trabajador designado, puede pedir una solicitud en la recepción, llenarla y dejarla allí mismo, donde se le dará una copia con fecha. También puede llevarse el formulario a casa, y después de llenarlo, enviarlo por correo al Trabajador. Si tramita su solicitud en persona, puede que el Trabajador le dé un formulario que lista los documentos que usted tendrá que traer para probar su necesidad.

Si usted presenta su petición por teléfono o por correo, el Trabajador le enviará una copia de su solicitud llenada y una lista de documentos que usted tendrá que proporcionar para probar la necesidad de su petición.

Si necesita ayuda para obtener documentos, comuníquese al Trabajador, para que éste le ayude. Si necesita más tiempo para conseguir los documentos, explíquese al Trabajador antes de la fecha límite de entrega de su documentación.

Si desea añadir a su presupuesto a una persona mayor de 18 años de edad o más, dicha persona tendrá que presentarse al Centro de Trabajo para tramitar su solicitud en persona.

El Trabajador determinará si usted puede añadir a una persona a su presupuesto o si tiene derecho a una asignación especial. El Trabajador le enviará un aviso de la decisión. En caso de ser negada su solicitud, el aviso le indicará la razón por la denegación. El Trabajador debe tomar una decisión a más tardar 30 días a partir de la fecha de su solicitud, o antes de ello, si se presenta alguna emergencia.

Si usted considera que nuestra decisión es errónea, puede solicitar una revisión de la misma. Rectificaremos nuestros errores. Usted puede hacer ambos 1 y 2: 1. Solicite una reunión (conferencia); 2. Solicite una Audiencia Imparcial con un oficial Estatal de audiencias.

1. **Conferencia** (reunión informal con nosotros): Si usted considera que nuestra decisión es errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para programar una reunión. Para ello, llame a la recepción de su Centro y solicite una conferencia de parte de la Agencia. Si no sabe el número de teléfono principal de su Centro, puede llamar a la Línea de Información de la HRA para conseguirlo. El número de teléfono de la Línea de Información de la HRA es el (877) 472-8411. A veces una conferencia resulta ser el modo más rápido de solucionar cualquier problema que pueda tener. Le recomendamos que solicite una conferencia aun si ha pedido una Audiencia Imparcial.
2. **Audiencia Imparcial:** Usted puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por escrito, por teléfono, por fax, en persona o por Internet.

**Escriba:** Envíe una carta a Office of Administrative Hearings, NYS Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201-1930 (Favor de guardar una copia para usted.)

**Teléfono:** Llame al (800) 342-3334

**Envíe por Fax:** Envíe una carta por fax al (518) 473-6735

**En Persona:** Diríjase a la oficina: New York State Office of Temporary and Disability Assistance a: 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201.

**Por Internet:** Llene una solicitud electrónica conectándose a: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Unit Name: \_\_\_\_\_  
Worker Name: \_\_\_\_\_  
Worker Telephone: \_\_\_\_\_  
General Telephone  
for Questions: \_\_\_\_\_  
FH&C Telephone: \_\_\_\_\_

### Notification of Work Requirement and Right to Contest (Food Stamp Participants)

The Agency has determined that you are required, or must continue, to participate in work activities as of the date indicated above.

**A. You are required to participate in work activities unless you are exempt from the Food Stamp work requirements.**

Exemptions from the Food Stamp work requirements apply to individuals who are:

- Younger than 16 years of age or 60 years or older.
- Medically verified as being physically or mentally unable to work.
- A person 16 or 17 years of age who is not the head of household or who is attending school or an employment training program on at least a half-time basis.
- A parent, guardian or any adult responsible for the care of a child under the age of six (6) years.
- A parent or other household member needed in the home to care for an incapacitated person.
- A student enrolled at least half-time in any recognized school, training program, or institution of higher education, provided you have met the student eligibility criteria for Food Stamp participants.
- A refugee participating at least half-time in a program approved or funded by the Federal Office of Refugee Resettlement.
- A recipient of, or applicant for, unemployment compensation who is required to register for work as part of the application process.
- A participant in a drug or alcohol treatment program who is deemed to be unable to work, or is otherwise engaged in a substance abuse treatment program to the extent that assignment of work activities is impractical.
- A person employed 30 hours per week or receiving weekly earnings equal to the Federal minimum wage multiplied by 30 hours.
- An applicant for Social Security Supplemental Income (SSI) and food stamps under the joint processing provisions.
- A person who is already complying with Temporary Assistance to Needy Families (TANF) work rules.

**As a Food Stamp work-rules-required individual, you are subject to the Food Stamp Employment and Training (FSET) work rules. You are also subject to the Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWD) Food Stamp eligibility requirements unless you are:**

- An individual under the age of 18.
- A person age 50 through 59 years.
- Unable to work in competitive employment for at least 80 hours per month due to a physical or mental limitation.
- An adult residing in a Food Stamp household containing a child who has not yet reached his/her 18th birthday, including a parent and any adult, regardless of responsibility.
- Pregnant, as documented by a physician, regardless of the month of pregnancy.

**You have been found to have work limitations on the type of work you can do.**

**How to Request a Reasonable Accommodation**

If you have a physical, mental health or learning problem that makes it difficult for you to:

- complete HRA forms,
- travel to your new center, or
- meet other HRA requirements,

you have a right to ask HRA for help. This help is called a reasonable accommodation. If you need help, you can call **(718) 784-2922**. If you asked for help and you think you did not get the help you needed, you can file a complaint. To file a complaint, you can write to: ADA Compliance Officer, Office of Legal Affairs, **130 Water Street, 16th Floor, NY 10038** or fax your complaint to **(212) 331-5023**. If it is difficult for you to submit a complaint in writing, you may call **(212) 331-4640** for assistance.

- You will receive a separate notice explaining your limitations; and
- We will consider your work limitations when making your work assignment.

#### **B. Duties of a Person Required to Work**

You are expected to meet one (1) or more of the requirements listed below as assigned by this Agency. The purpose of these requirements is to assist you in finding and keeping a job so that you will no longer be in need of food stamps. The legal basis for these requirements may be found in Section 18 NYCRR 385.3.

- You must accept referral to, and take part in, the Work Experience Program (WEP) when appropriate.
- You must accept referral to, or offer of, any employment in which you are able to engage.
- You must accept referral to, or enrollment in, an appropriate educational, vocational, job search or other employment-related training program, if necessary to improve your ability to secure employment.
- You must participate in the development of a child care plan when necessary.
- You must notify this Agency if your participation in any employment activity changes.

**If you without good cause do not comply with the requirements assigned to you, you may be disqualified from receiving food stamps for a period of up to six (6) months, and until you are willing to comply.**

#### **C. How to Contest an Employability Determination/Your Right to a Conference/Fair Hearing**

If you have any questions about the determination that you are required to participate in work activities, you may have a conference to review this action. You may request a conference at the Center where you were called in for your employability assessment. The right to a conference is separate from the right to a Fair Hearing, and does not affect your right to a Fair Hearing, which is described on page 3 of this form.

**D. How to Contest a Work Assignment Based on Medical Limitations**

If you think that your work assignment is inconsistent with your medical limitations, you must still report to the work assignment and learn what the assignment is. If you still believe that the work assignment is medically inappropriate, you should utilize the available mechanisms to try to work out any disagreements, including consulting with your Supervisor at the work site and advising him/her of your concerns. If your Supervisor is unable to resolve the matter to your satisfaction, then you have the right to a conference. You may request a conference at the Center where you were called in for your employability assessment. If you are still dissatisfied, you are entitled to request a Fair Hearing. Please see the instructions on page 3 on how to schedule a Fair Hearing.

You may refuse to perform the work, without loss of benefits, while pursuing your grievance through each stage of the process, from complaining to your Supervisor to obtaining a Fair Hearing decision. During the time it takes for the Fair Hearing on your work assignment to be decided, you will continue to receive your food stamps unchanged, even if you refuse to perform the work.

**PARTICIPANT'S STATEMENT:**

**I have read the above requirements and notices and I have reviewed them with my Worker.**

---

Participant's Signature/Date

JOS/Worker/Date

SAMPLE

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

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (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. If you only ask for a conference, your benefits will not stay the same while you appeal. Your benefits will stay the same only if you ask for a State Fair Hearing. (See the Continuing Your Benefits section.)

### STATE FAIR HEARING

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

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: **(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at:  
**14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

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

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



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

**FAIR HEARING REQUEST**

**Continuing Your Benefits:** 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. However, in no event will Food Stamp benefits be continued if you failed to recertify the Food Stamp case. In addition, Food Stamp benefits cannot be continued beyond the last date of the Food Stamp certification period (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:

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 ninety (90) days from the date of the notice for Food Stamp issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by 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:**

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: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Unidad: \_\_\_\_\_  
Nombre del Trabajador: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajador: \_\_\_\_\_  
Teléfono General para Preguntas: \_\_\_\_\_  
Teléfono de FH&C: \_\_\_\_\_

### **Aviso de Requisito de Trabajo y del Derecho a Disputarlo (Participantes de Cupones para Alimentos)**

**Esta Agencia ha decidido que usted tiene una obligación de participar o debiera de continuar en actividades de trabajo a partir de la fecha indicada más arriba.**

**A. Se requiere que usted participe en actividades de trabajo a menos que esté exento de los requisitos de trabajo de Cupones para Alimentos**

**Las exenciones de los requisitos de trabajo de Cupones para Alimentos son de aplicación a las siguientes categorías de personas:**

- Menor de 16 años de edad o mayor de 60 años de edad.
- Un refugiado que participe por lo menos a tiempo parcial en un programa aprobado o financiado por la Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados.
- Incapaz de ejercer trabajo físico o mental de acuerdo a una verificación médica.
- Un beneficiario o solicitante de compensación de desempleo de quien se requiere que se registre para empleo como parte del trámite de la solicitud.
- Una persona de 16 o 17 años de edad que no es cabeza del hogar o que asiste a la escuela o a un programa de capacitación de empleo por lo menos a tiempo parcial.
- Un participante en un programa de tratamiento de drogas o alcohol a quien se haya determinado de ser incapaz de trabajar o que por otra parte esté participando en un programa de tratamiento de abuso a substancias hasta tal punto que el ser asignado a actividades de trabajo no sea práctico.
- Un(a) padre/madre, tutor o cualquier adulto reponsable por el cuidado de un(a) niño(a) menor de seis (6) años de edad.
- Una persona empleada 30 horas a la semana o recibiendo ganancias semanales equivalentes al salario mínimo Federal multiplicado por 30 horas.
- Un(a) padre/madre u otro miembro del hogar necesitado en el hogar para cuidar de una persona incapacitada.
- Un(a) solicitante de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y cupones para alimentos bajo cláusulas de trámite colectivo.
- Un estudiante matriculado en una escuela reconocida, programa de capacitación, o en una institución de enseñanza superior por lo menos a tiempo parcial, siempre que haya cumplido con el criterio de elegibilidad de estudiante para participantes de Cupones para Alimentos.
- Una persona que ya esté cumpliendo con las reglas de trabajo de Ayuda Temporal a Familias Necesitadas (TANF).

**Como persona sujeta a las reglas de trabajo de Cupones para Alimentos, usted queda igualmente sujeto a las reglas de trabajo de Empleo y Capacitación de Cupones para Alimentos (FSET). Más aún, usted está sujeto a los requisitos de elegibilidad para Cupones para Alimentos para los Adultos Sanos Sin Dependientes (ABAWD), a menos de ser:**

- Una persona de menos de 18 años de edad.
- Una persona entre los 50 y 59 años de edad.
- Incapaz de trabajar en empleo competitivo por un mínimo de 80 horas al mes a causa de una limitación física o mental.
- Un adulto que resida en un hogar de Cupones para Alimentos que tenga un(a) niño(a) que todavía no haya cumplido los 18 años de edad, incluidos el padre o la madre y cualquier adulto, al margen de sus responsabilidades.
- Embarazada, con comprobante médico, sin tener en cuenta el mes de embarazo.

**Se Ha Concluido que el Tipo de Trabajo que Usted Puede Desempeñar es Limitado.**

**Cómo Solicitar un Arreglo Razonable**

Si tiene un problema físico, mental o de aprendizaje que le dificulta:

- Llenar por completo los formularios de la HRA,
- Viajar a su nuevo centro, o
- Cumplir otros requisitos de HRA,

usted tiene derecho a pedirle ayuda a la HRA. Esta ayuda se define como arreglo razonable. Si necesita ayuda, puede llamar al **(718) 784-2922**. Si usted pidió ayuda y cree que no la recibió, puede presentar una queja. Para ello, escriba a: ADA Compliance Officer, Office of Legal Affairs, **180 Water Street, 16th Floor, NY 10038** o faxee su queja a **(212) 331-5023**. Si le resulta difícil presentar una queja por escrito, puede llamar al **(212) 331-4640** para ayuda.

- Usted recibirá un aviso por separado explicando sus limitaciones; y
- Nosotros tomaremos en consideración sus limitaciones de trabajo al prepararle su asignación de trabajo.

#### **B. Deberes de una Persona Obligada a Trabajar**

Se espera que usted reúna uno (1) o más de los requisitos asignados por esta Agencia y enumerados a continuación. El propósito de estos requisitos es asistirle en encontrar y conservar un empleo para que no necesite más cupones para alimentos. El fundamento jurídico de estos requisitos se encuentra en la Sección 18 NYCRR 385.3.

- Usted tiene que aceptar un envío y participar en el Programa de Experiencia de Trabajo (Work Experience Program – WEP) cuando sea apropiado.
- Usted tiene que aceptar un envío u oferta de cualquier empleo que le sea posible desempeñar.
- Usted tiene que aceptar un envío al o matricularse en un programa apropiado educativo, vocacional, de búsqueda de trabajo u otro programa de entrenamiento relacionado con empleo, si es necesario, para mejorar su capacidad de conseguir un empleo.
- Usted tiene que participar en el desarrollo de un plan de cuidado infantil cuando sea necesario.
- Usted tiene que notificarle a esta Agencia si cambia su participación en cualquier actividad de empleo.

**Si deja de cumplir los requisitos que se le han asignado, sin causa válida, puede ser descalificado de recibir cupones para alimentos por un período de hasta seis (6) meses y hasta que usted esté dispuesto a cumplir.**

#### **C. Cómo Impugnar la Determinación de Empleabilidad/Su Derecho a una Conferencia/Audiencia Imparcial**

Si tiene preguntas sobre la decisión donde se requiere que usted participe en actividades de trabajo, puede obtener una conferencia para revisar esta acción. Usted puede solicitar una conferencia en el Centro donde usted fue citado para su evaluación de empleabilidad. El derecho a una conferencia es independiente del derecho a una Audiencia Imparcial, y no afecta a su derecho a una Audiencia Imparcial lo cual se explica en la página 3 de este formulario.

**D. Cómo Impugnar la Asignación de Trabajo Debiéndose a Limitaciones Médicas**

Si usted considera que su asignación de trabajo es inconveniente debido a sus limitaciones médicas debe de todos modos presentarse a la asignación de trabajo para así enterarse de que se trata. Si aún piensa que la asignación de trabajo no va de acuerdo a su limitación médica, debe utilizar los mecanismos disponibles para tratar de solucionar cualquier desacuerdo, incluyendo el consultar con su Supervisor en el lugar de trabajo, e informarle a él/ella de sus inquietudes. Si su Supervisor(a) no puede solucionar el asunto para satisfacerlo, entonces usted tiene derecho a una conferencia. Usted puede solicitar una conferencia en el Centro donde lo citaron para su evaluación de empleabilidad. Si aún sigue insatisfecho, usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial. Por favor remítase a las instrucciones de la página 3 sobre como programar una Audiencia Imparcial.

Usted puede rehusar desempeñar el trabajo, sin la pérdida de beneficios, mientras prosiga con su querrela a través de cada etapa del proceso, desde que se queje a su Supervisor hasta que obtenga una decisión de la Audiencia Imparcial. Usted continuará recibiendo sus cupones para alimentos sin cambios durante el tiempo que se tome la Audiencia Imparcial en llegar a una decisión sobre su asignación de trabajo, aun si rehusa desempeñar el trabajo.

**DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE:**

**He leído los requisitos y avisos indicados arriba, y los he repasado con mi Trabajador.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante/Fecha

\_\_\_\_\_  
JOS/Trabajador/Fecha

**SAMPLE**

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

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escríbanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial. Si sólo solicita una conferencia, sus beneficios no se mantendrán sin cambios durante su apelación. Para mantener sus beneficios sin cambios debe solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. (Refiérase a la sección Mantenimiento de Sus Beneficios.)

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

- (1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) en:  
**14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

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

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

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

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

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Mantenimiento de Sus Beneficios:** Si nuestra decisión afecta a sus beneficios y usted solicita una Audiencia Imparcial dentro de diez (10) días de la fecha de este aviso, restituiremos sus beneficios al nivel en que se encontraban previos a este aviso, hasta que una decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida. Sin embargo, de ninguna manera continuarán sus beneficios de Cupones para Alimentos si no ha recertificado como debido su caso de cupones para alimentos. Además, los beneficios de Cupones para Alimentos no pueden continuar después de la última fecha de su período de certificación de Cupones para Alimentos (remítase a 18 NYCRR § 358-3.6). Si usted pierde la Audiencia Imparcial tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba una decisión.

Si usted **no** desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si usted envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba la decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

**No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.**

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

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

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

SAMPLE

Nombre en Letras de Molde: \_\_\_\_\_ Núm. del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Notice Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
FH & C Telephone Number: \_\_\_\_\_

### Notice of Change in Cash Payment for Safety Net Cases (Timely)

Households in receipt of Safety Net Cash Assistance with at least one adult who has received twenty-four (24) months of Safety Net Cash Assistance in a lifetime must be reclassified to Safety Net Non-Cash Assistance. This is true unless the adult is exempt from employment requirements or is HIV-positive and is not required to participate in drug/alcohol rehabilitation.

In Safety Net Non-Cash Assistance, most of the Cash Assistance benefits are paid directly to service providers, such as your landlord, utility company, and fuel dealer.

We are notifying you that \_\_\_\_\_, has received twenty-four (24) months Cash Assistance. (Name)

Effective \_\_\_\_\_, there will be a restriction of your shelter allowance and/or energy allowance as indicated below: (Date)

**Check all boxes that apply.**

Your shelter allowance will be paid directly to your landlord.

Landlord's Name: \_\_\_\_\_

Landlord's Address: \_\_\_\_\_

Your rent is more than the amount of the direct vendor shelter allowance that we issue and **you are responsible for playing the difference to your landlord.**

Your energy allowance will be paid directly to your utility provider.

Utility Provider: \_\_\_\_\_

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

Other (specify): \_\_\_\_\_

The law and regulation that requires us to make this change are Social Services Law 159(1)(b)(i) and (ii) and 18 NYCRR § 370.4(b)(2).

\_\_\_\_\_  
Worker's Name

\_\_\_\_\_  
Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.  
BE SURE TO READ PAGE 2 OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

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

### STATE FAIR HEARING

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

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
**(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/oh/forms.asp>

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

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

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of 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 the front of this notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

**Continuing Your Benefit(s):** Your benefits 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.

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the time frame indicated in the Continuing Your Benefits section, your benefits will not stay the same.

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 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:**

# SAMPLE

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

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

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

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



Fecha del Aviso: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Unidad del Caso: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cambio en los Pagos en Efectivo para Casos de Red de Seguridad (A Tiempo Definido)

Aquellos hogares que reciban Asistencia en Efectivo de Red de Seguridad (Safety Net Cash Assistance), y que consten de por lo menos un adulto que haya recibido veinticuatro (24) meses de Asistencia en Efectivo de Red de Seguridad hasta la fecha, deben ser reclasificados a Asistencia No en Efectivo de Red de Seguridad. Esto es aplicable a menos que el adulto esté exento de requisitos de empleo o que padezca de VIH y no necesite participar en un programa de rehabilitación para alcohol o drogas.

En la Asistencia No en Efectivo de Red de Seguridad, la mayor parte del beneficio de Asistencia en Efectivo se paga directamente a los proveedores de servicios, como su casero, las compañías de servicios públicos, y comerciantes de combustibles.

Le notificamos de que \_\_\_\_\_, ha recibido veinticuatro (24) meses de Asistencia en Efectivo. (Nombre)

El \_\_\_\_\_, entrará en vigor una restricción de su asignación de vivienda y/o asignación de energía, tal como se indica más abajo: (Fecha)

**Marque todas las casillas que correspondan.**

Su asignación de vivienda se pagará directamente a su casero.

Nombre y Apellido del Casero: \_\_\_\_\_

Dirección del Casero: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La cantidad de su alquiler es superior a la cantidad emitida por nosotros de la asignación de vivienda del proveedor directo de servicios, **y sobre usted recae la responsabilidad de pagar la diferencia a su casero.**

Su asignación de energía se pagará directamente a su proveedor de servicios públicos.

Proveedor de Servicios Públicos: \_\_\_\_\_

Dirección del Proveedor de Servicios Públicos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otro caso (especifique): \_\_\_\_\_

Las disposiciones legales y reglamentarias que estipula que efectuemos este cambio son Social Services Law 159 (1)(b)(i) y (ii) y 18 NYCRR § 370.4(b)(2).

\_\_\_\_\_  
Nombre del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER LA SEGUNDA PÁGINA DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

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

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

- (1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
<http://www.ctda.ny.gov/bah/forms.asp>

**Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial:** El Estado le enviará una notificación que le informa 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 de que usted desea que tal persona represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

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

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedir las con anticipación. Generalmente, estas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pide. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

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

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Mantenimiento de Sus Beneficios:** Sus beneficios continuarán sin cambios, hasta que la Audiencia Imparcial emita la decisión, si solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en este aviso.

Tenga en cuenta que si solamente pide una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, dentro del plazo de tiempo que se indica en la sección de Mantenimiento de Sus Beneficios, sus beneficios no continuarán al mismo nivel.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba una decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si usted envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

**No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.**

**Fecha Límite:** Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, usted 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

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

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

SAMPLE

Nombre en  
Letras de  
Molde:

Nombre

I.

Apellido

Núm. del Caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Notice Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Worker's Telephone Number: \_\_\_\_\_  
FH&C Telephone Number: \_\_\_\_\_

### Notice of Change in Cash Payment

#### CASH ASSISTANCE

We are notifying you that effective \_\_\_\_\_, we are now restricting your shelter allowance and/or energy allowance as indicated below.

- Check all that apply.
- Your shelter allowance will be paid directly to your landlord.

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

Landlord's Address: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

- Your rent is more than the amount of the direct vendor shelter allowance that we issue and you are responsible for paying the difference to your landlord.
- Your energy allowance will be paid directly to your utility provider.

Utility Provider: \_\_\_\_\_  
 Utility Provider's Address: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**Note:** If your restricted shelter payment exceeds your Cash Assistance grant, a utility payment will not go to the utility provider.

Other (specify): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

The laws and regulations that require us to make this change are Social Services Law 159 (1)(b)(i) and (ii), and 18 NYCRR § 370.4 (b)(2).

Authorized by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

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

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (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. If you only ask for a conference, your benefits will not stay the same while you appeal. Your benefits will stay the same only if you ask for a State Fair Hearing. (See the Continuing Your Benefit[s] section.)

### STATE FAIR HEARING

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

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
**(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.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.

### LEGAL ASSISTANCE

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

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS**

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

**INFORMATION**

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

**FAIR HEARING REQUEST**

**Continuing Your Benefit(s)**

Your benefits 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.

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 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:**

SAMPLE

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

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

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

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

Fecha del Aviso: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Unidad del Caso: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajador: \_\_\_\_\_  
Núm. de Tel. de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cambio en los Pagos en Efectivo

#### ASISTENCIA EN EFECTIVO

Mediante el presente aviso le notificamos de que a partir del \_\_\_\_\_, efectuaremos una restricción de su asignación de vivienda y/o asignación de energía tal como se indica más abajo.

- Marque todas las casillas que correspondan.**
- Su asignación de vivienda se pagará directamente a su casero.

Nombre del Casero: \_\_\_\_\_  
Dirección del Casero: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre I. Apellido

- Su alquiler es superior a la cantidad de la asignación de vivienda del vendedor directo que nosotros emitimos y **usted tiene la responsabilidad de pagarle la diferencia a su casero.**
- Su asignación de energía se pagará directamente a su proveedor de electricidad y/o gas.

Proveedor de Servicios de Electricidad y/o Gas: \_\_\_\_\_  
Dirección del Proveedor de Electricidad y/o Gas: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Nota:** Si su pago de vivienda restringida excede de su concesión de Asistencia en Efectivo, no se le enviará pagos al proveedor de electricidad y/o gas.

- Otro caso (especifique): \_\_\_\_\_

Las disposiciones legales y reglamentarias que requieren que hagamos estos cambios son la Ley de Servicios Sociales 159 (1)(b)(i) y (ii), y 18 NYCRR § 370.4 (b)(2).

\_\_\_\_\_  
Autorizado por

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

1

## 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 arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escríbanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial. Si usted **sólo** solicita una conferencia, sus beneficios no se mantendrán sin cambios durante su apelación. Para mantener sus beneficios sin cambios debe solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. (Refiérase a la sección Mantenimiento de Su(s) Beneficio(s).)

### AUDIENCIA PARCIAL ESTATAL

#### Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:

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

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO :** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
**P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**  
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) al **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

### Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial

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

### ASISTENCIA LEGAL

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



### ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS

Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, éstas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pida. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

### INFORMACIÓN

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

### PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

#### Mantenimiento de Su(s) Beneficio(s)

Su(s) beneficio(s) continuará(n) sin cambios, hasta que se emita la decisión por parte de la Audiencia Imparcial, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de entrada en vigor indicada en el presente aviso.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que reembolsar cualquier beneficio que haya recibido, sin tener derecho al mismo, mientras esperaba la decisión. Si usted no desea que sus beneficios se mantengan sin cambios hasta que se emita una decisión, debe informarle al Estado cuando llame para pedir una Audiencia Imparcial o, si envía este aviso de regreso, marque la casilla a continuación:

**No deseo que mis beneficios continúen sin cambios hasta que la decisión de la Audiencia Imparcial sea emitida.**

**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 Electivo

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

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

Nombre en Letras de Molde: \_\_\_\_\_ Núm. del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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