



# 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 #11-61-OPE

### REVISIONS TO SELECTED FORMS CONTAINING FAIR HEARING LANGUAGE

<b>Date:</b> June 30, 2011	<b>Subtopic(s):</b> Forms
<p>  This procedure can now be accessed on the FIAweb.           </p> <p>             The <b>LDSS-4005</b> and <b>LDSS-4005a</b> were updated by OTD to correct the FH language.           </p> <p>             Cost of Living Adjustment (COLA) was changed to reflect the increased of 2009.           </p> <p>             See <a href="#">PB #04-112-OPE</a> For <b>W-129S</b> </p>	<p>             The purpose of this policy bulletin is to inform staff that the New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) Manhattan Fair Hearing Office, located at 330 West 34th Street is now closed. 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>LDSS-4005</b> Notification of Temporary Assistance Work Requirements Determination (Exempt)</li> <li>• <b>LDSS-4005(a)</b> Notification of Temporary Assistance Work Requirements Determination (Non Exempt)</li> <li>• <b>EXP-76M (Insert)</b> Conference and Fair Hearing Information</li> <li>• <b>EXP-76N Insert</b> Conference and Fair Hearing Information</li> <li>• <b>M-4c (Insert)</b> Timely Aid-Continuing Fair Hearing Language Insert (Conference and Fair Hearing information)</li> <li>• <b>M-858ff</b> Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely)</li> <li>• <b>M-858x</b> Notice of Intent to Recoup Utility Grant (Timely)</li> <li>• <b>W-116BB</b> Assignment Letter</li> <li>• <b>W-129RR (Insert)</b> Notice of Food Stamp Recertification Appointment</li> <li>• <b>W-129S</b> Notice of Intent to Discontinue Food Stamp Benefits (Timely)</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 [PD #10-20-OPE](#) for **W-130G**

See [PB #04-112-OPE](#) for **W-130Y**

See [PB #08-68-OPE](#) for **W-140VV**

See [PD #04-31-ELI](#) for **W-145K**

See [PD #08-14-OPE](#) for **W-146A**

See [PB #11-21-OPE](#) for **W-273YY**

See [PB #04-137-OPE](#) for **W-299J**

- **W-130G** Action Taken on Your Request for Replacement of Food Stamp Benefits Stolen from the EBT System
- **W-130Y** Notice of Intent to Reduce Food Stamp Benefits to Recover Overissuance (Timely and Adequate)
- **W-140VV** Food Stamp Recertification Notice (**F61**)
- **W-145K** Notice of Voluntary Restriction of Food and Other Grant and/or Energy Allowance (Timely)
- 
- **W-146A** Notice to Participant Receiving Restricted Rent Checks (Timely)
- **W-273YY** Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits
- **W-299J** Notification of Regulation on Continuous Medicaid Coverage for Children Under 19 Years of Age

Additional changes to forms **W-129RR**, **W-129S**, **W-130Y**, **W-145K** and **W-299J** are:

- The forms have been updated to reflect the Agency's current terminology and logo.

Additional revision to form **W-140VV**

- Reference to the Homebound Food Stamp Center (F63) was removed, since F63 is now closed.

Job Center Directors must ensure that all previous versions of the revised forms, and all multilingual equivalents, are removed from circulation and recycled.

Samples of the revised forms are attached.

*Effective Immediately*

**Related Items:**

- [PB #11-21-OPE](#)
- [PB #08-68-OPE](#)
- [PB #07-138-OPE](#)
- [PB #04-137-OPE](#)
- [PB #04-112-OPE](#)
- [PD #10-20-OPE](#)
- [PD #10-18-EMP](#)
- [PD #08-14-OPE](#)
- [PD #04-31-ELI](#)

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

**Attachments:**

<b>LDSS-4005 NYC</b>	Notification of Temporary Assistance Work Requirements Determination (Exempt) (Rev. 3/11)
<b>LDSS-4005 NYC (S)</b>	Notification of Temporary Assistance Work Requirements Determination (Exempt) (Spanish) (Rev. 3/11)
<b>LDSS-4005(a) NYC</b>	Notification of Temporary Assistance Work Requirements Determination (Non Exempt) (Rev. 3/11)
<b>LDSS-4005(a) NYC (S)</b>	Notification of Temporary Assistance Work Requirements Determination (Non Exempt) (Spanish) (Rev. 3/11)
<b>EXP-76M (Insert)</b>	Conference and Fair Hearing Information (Rev. 6/30/11)
<b>EXP-76M (S) (Insert)</b>	Conference and Fair Hearing Information (Spanish) (Rev. 6/30/11)
<b>EXP-76N (Insert)</b>	Conference and Fair Hearing Information (Rev. 6/30/11)
<b>EXP-76N (Insert) (S)</b>	Conference and Fair Hearing Information (Spanish) (Rev. 6/30/11)
<b>M-4c Insert</b>	Timely Aid-Continuing Fair Hearing Language Insert Conference (Rev. 6/30/11)
<b>M-4c (Insert) (S)</b>	Timely Aid-Continuing Fair Hearing Language Insert Conference (Spanish) (Rev. 6/30/11)
<b>M-858ff</b>	Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely) (Rev. 6/30/11)
<b>M-858ff (S)</b>	Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely) (Spanish) (Rev. 6/30/11)
<b>M-858x</b>	Notice of Intent to Recoup Utility Grant (Timely) (Rev. 6/30/11)
<b>M-858x (S)</b>	Notice of Intent to Recoup Utility Grant (Timely) (Spanish) (Rev. 6/30/11)
<b>W-116BB</b>	Assignment Letter (Rev. 6/30/11)
<b>W-116BB (S)</b>	Assignment Letter (Spanish) (Rev. 6/30/11)
<b>W-129RR (Insert)</b>	Notice of Food Stamp Recertification Appointment (Rev. 6/30/11)
<b>W-129RR (Insert)(S)</b>	Notice of Food Stamp Recertification Appointment (Spanish) (Rev. 6/30/11)
<b>W-129S</b>	Notice of Intent to Discontinue Food Stamp Benefits (Timely) (Rev. 6/30/11)
<b>W-129S (S)</b>	Notice of Intent to Discontinue Food Stamp Benefits (Timely) (Spanish) (Rev. 6/30/11)

<b>W-130G</b>	Action Taken on Your Request for Replacement of Food Stamp Benefits Stolen from the EBT System (Rev. 6/30/11)
<b>W-130G (S)</b>	Action Taken on Your Request for Replacement of Food Stamp Benefits Stolen from the EBT System (Spanish) (Rev. 6/30/11)
<b>W-130Y</b>	Notice of Intent to Reduce Food Stamp Benefits to Recover Over-issuance (Timely and Adequate) (Rev. 6/30/11)
<b>W-130Y (S)</b>	Notice of Intent to Reduce Food Stamp Benefits to Recover Over-issuance (Timely and Adequate) (Spanish) (Rev. 6/30/11)
<b>W-140VV</b>	Food Stamp Recertification Notice ( <b>F61</b> ) (Rev. 6/30/11)
<b>W-140VV (S)</b>	Food Stamp Recertification Notice ( <b>F61</b> ) (Spanish) (Rev. 6/30/11)
<b>W-145K</b>	Notice of Voluntary Restriction of Food and Other Grant and/or Energy Allowance (Timely) (Rev. 6/30/11)
<b>W-145K (S)</b>	Notice of Voluntary Restriction of Food and Other Grant and/or Energy Allowance (Timely) (Spanish) (Rev. 6/30/11)
<b>W-146A</b>	Notice to Participant Receiving Restricted Rent Checks (Timely) (Rev. 6/30/11)
<b>W-146A (S)</b>	Notice to Participant Receiving Restricted Rent Checks (Timely) (Spanish) (Rev. 6/30/11)
<b>W-273YY</b>	Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits (Rev. 6/30/11)
<b>W-299J</b>	Notification of Regulation on Continuous Medicaid Coverage for Children Under 19 Years of Age (Rev. 6/30/11)
<b>W-299J (S)</b>	Notification of Regulation on Continuous Medicaid Coverage for Children Under 19 Years of Age (Spanish) (Rev. 6/30/11)

**NOTIFICATION OF TEMPORARY ASSISTANCE WORK REQUIREMENTS DETERMINATION  
(EXEMPT)**

NOTICE DATE:		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CN NUMBER	GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP _____ ----- <b>OR</b> Agency Conference _____ Fair Hearing information and assistance _____ Record Access _____ Legal Assistance information _____		
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS				
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NO.

**PART 1 (Medical)**

\_\_\_\_\_ **HAS BEEN DETERMINED TO BE EXEMPT FROM PARTICIPATING IN TEMPORARY ASSISTANCE WORK ACTIVITIES EFFECTIVE** \_\_\_\_\_ because according to medical evidence he/she is currently unable to work due to a medical issue. The Department of Social Services may require additional evidence in the future to evaluate his/her ability to work. The Department may also require him/her to participate in a treatment program or other services that could restore or improve the ability to work.

**IF THIS SECTION (PART 1) IS CHECKED, YOU HAVE 10 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING. Please see the REVERSE of this page for instructions describing how to request a fair hearing.**

The law and regulations that allow us to do this are Social Services Law 332-b and 18 NYCRR 385.2.

SAMPLE

**PART 2 (Other than Medical)**

\_\_\_\_\_ **HAS BEEN DETERMINED TO BE EXEMPT FROM PARTICIPATING IN TEMPORARY ASSISTANCE WORK ACTIVITIES EFFECTIVE** \_\_\_\_\_ because he/she is

- \_\_\_\_\_ Pregnant and within thirty days from the expected date of delivery.
- \_\_\_\_\_ The parent or other caretaker of a child under three months of age who is personally providing care for the child and who has not already been exempt for this reason for twelve months. This exemption may be extended for up to twelve months based on local policy.
- \_\_\_\_\_ Sixty years of age or older.
- \_\_\_\_\_ Under the age of nineteen and attending secondary, vocational or technical school full-time.
- \_\_\_\_\_ Needed in the home to care for a medically verified ill, incapacitated or disabled household member and no other appropriate household member is available to provide the care.

This means that \_\_\_\_\_ will not be assigned to a work activity as long as he/she remains exempt from work activities. However, he/she may be required to provide additional evidence in the future to determine if he/she continues to be exempt.

**IF THIS SECTION (PART 2) IS CHECKED, YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING. Please see the REVERSE of this page for instructions describing how to request a fair hearing.**

The law and regulations that allow us to do this are Social Services Law 332-b and 18 NYCRR 385.2.

**BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Enclosure

**DISTRIBUTION:**      White – CLIENT/FAIR HEARING COPY                      Yellow – CLIENT COPY                      Pink – AGENCY COPY

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:
-------	----------	--------------

**FOOD STAMP IMPLICATIONS:** This notice applies only to your requirement to participate in temporary assistance work activities. You may or may not be required to participate in Food Stamp Employment and Training (FSET) activities. You were notified of the Food Stamp employment responsibilities and exemptions in the LDSS-4148A: *What You Should Know About Your Rights and Responsibilities, Book 1*. If you have any questions about your Food Stamp employment requirements, ask your worker.

**CONFERENCE AND FAIR HEARING SECTION – DO YOU THINK WE ARE WRONG?**

If you think our decision was wrong, you can ask for a review of our decision. If we made a mistake, we will correct it. You can do both 1 and 2:

1. Ask for a meeting (conference) with one of our supervisors; 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 the conference phone number on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. **If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you do not want to have to comply with work requirements until a fair hearing decision is issued, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not remove your requirement to participate in work activities.**
  2. **STATE FAIR HEARING – YOU HAVE 10 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING IF YOU HAVE BEEN DETERMINED TO BE EXEMPT BECAUSE YOU ARE UNABLE TO WORK DUE TO A MEDICAL CONDITION (IF PART 1 IS CHECKED). YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING IF YOU HAVE BEEN DETERMINED TO BE EXEMPT FOR A NONMEDICAL REASON (IF PART 2 IS CHECKED).**

**HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING:** You can ask for a fair hearing by **mail**, by **phone**, by **fax** or **online**.

**Mail:** Send a copy of this notice *completed* to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Please keep a copy for yourself.

- I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

---



---



---

SAMPLE

**Phone:** 800-342-3334 (Please have this notice with you when you call.)

**Fax:** Fax a copy of the front and reverse of this notice to: (518) 473-6735 or

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

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

**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. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. 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 this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing. At the hearing, you and your lawyer or other representative will have a chance to explain why we are wrong and a chance to give the hearing officer written papers that explain why we are wrong.

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements. At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. For the names of other lawyers, check your 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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file that we will give to the hearing officer at the fair hearing. Also, if you call, write or fax to us, we will provide you with free copies of other documents from your file that 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 us at the Record Access phone number on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

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 us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

## AVISO DE DETERMINACIÓN DE REQUISITOS DE TRABAJO DE ASISTENCIA TEMPORAL (EXENTO)

NOTIFICACIÓN FECHA:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
CASO NÚMERO	NÚMERO CIN			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo, si está presente) Y DOMICILIO				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 2em; font-weight: bold;">[</span> </div>		NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____ <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> Conferencia con la Agencia _____ Audiencias Imparciales Información y Asistencia _____ Acceso a los Archivos _____ Información sobre Asistencia Legal _____		
Nº DE OFICINA	Nº DE UNIDAD	Nº DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A) DE CASOS	Nº DE TELÉFONO

### PARTE 1 (razones médicas)

**SE HA DETERMINADO QUE \_\_\_\_\_ ESTÁ EXENTO(A) DE DESEMPEÑAR ACTIVIDADES DE TRABAJO, SEGÚN LO REQUIERE ASISTENCIA TEMPORAL, A PARTIR DE \_\_\_\_\_,** porque, según comprobantes médicos, él / ella no puede trabajar por razones de salud. Es posible que en el futuro, el departamento de servicios sociales pida comprobantes adicionales con objeto de evaluar la capacidad de trabajar de dicha persona. También, es posible que se le pida participar en un programa o servicio de tratamiento que tenga como objetivo restablecer o mejorar la capacidad para trabajar.

**SI LA SECCIÓN, PARTE 1, ESTÁ MARCADA, USTED TIENE 10 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTE AVISO, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL. Vea el REVERSO de esta página para informarse sobre cómo solicitar una audiencia imparcial.**

La legislación y disposiciones que nos permiten tomar esta medida son la Ley de Servicios Sociales 332-b y 18 NYCRR 385.2

SAMPLE

### PARTE 2 ( otras razones que no sean médicas)

**SE HA DETERMINADO QUE \_\_\_\_\_ ESTÁ EXENTO(A) DE DESEMPEÑAR ACTIVIDADES DE TRABAJO, SEGÚN LO REQUIERE ASISTENCIA TEMPORAL, A PARTIR DE \_\_\_\_\_, PORQUE:**

- \_\_\_\_\_ Está embarazada y dentro del período de treinta días de la fecha prevista del parto.
- \_\_\_\_\_ Es el padre / la madre o la persona a cargo de un niño menor de tres meses de edad, el cual atiende personalmente, y dicho niño todavía no ha sido eximido por este motivo durante doce meses. La exención se puede prolongar por doce meses como máximo, según las reglas locales.
- \_\_\_\_\_ Tiene sesenta años de edad o más.
- \_\_\_\_\_ Tiene menos de diecinueve años de edad y asiste a tiempo completo a una escuela secundaria, vocacional o técnica.
- \_\_\_\_\_ Es necesario que permanezca en el hogar para atender a otro integrante del hogar que se encuentra enfermo o incapacitado, y no hay otro integrante del hogar que pueda brindar dichos cuidados.

Por lo tanto, a \_\_\_\_\_ no se le asignará trabajo mientras se mantenga vigente la exención de trabajo. Sin embargo, se le podrá solicitar en el futuro que persona proporcione información adicional con objeto de determinar si la exención debe continuar.

**SI LA SECCIÓN, PARTE 2, ESTÁ MARCADA, USTED TIENE 60 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTE AVISO, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL. Vea el REVERSO de esta página para informarse sobre cómo solicitar una audiencia imparcial.**

La legislación y disposiciones que nos permiten tomar esta medida son la Ley de Servicios Sociales 332-b y 18 NYCRR 385.2

**LEA EL DORSO DE ESTE FORMULARIO PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN.**

Adjunto

**DISTRIBUCIÓN:**

Blanca –COPIA CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

Amarilla – COPIA CLIENTE

Rosa – COPIA AGENCIA

NOMBRE:	DOMICILIO:	CASO NÚMERO:
---------	------------	--------------

**CUPONES PARA ALIMENTOS / CONSECUENCIAS:** este aviso tiene que ver solamente con los requisitos laborales de asistencia temporal. Es posible que deba participar en las actividades de Empleo y Capacitación para Beneficiarios de Cupones para Alimentos (FSET). En el folleto titulado: LDSS-4148A SP «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades», Libro 1, se le informó sobre las obligaciones de empleo y exenciones que aplican a los beneficiarios de Cupones para Alimentos. Si usted tiene preguntas sobre los requisitos de empleo que los beneficiarios de cupones deben cumplir, hable con la persona a cargo de su caso.

**CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES: ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?**

Si cree que nuestra determinación es incorrecta, solicite una revisión. Si hemos cometido un error, lo corregiremos. Usted puede tomar ambas medidas, 1 y 2.

1. Solicitar una reunión (conferencia) con un supervisor; 2. Solicitarle al Estado una audiencia imparcial con un funcionario estatal de audiencias.

1. **CONFERENCIA** (reunión informal con nosotros): si usted cree que nuestra determinación fue incorrecta o si no entiende lo que hemos resuelto, sírvase llamar para concertar una reunión. Llame al número para conferencias que aparece en el **anverso** de este aviso o escribanos a la dirección que aparece en esa misma página. En algunos casos, ésta es la forma más rápida de resolver este tipo de problemas. **Tiene derecho a una audiencia imparcial aunque solicite una conferencia. Si desea esperar por la decisión de la audiencia imparcial para cumplir con los requisitos de empleo, debe solicitar una audiencia imparcial de las maneras descritas más abajo. El solicitar solamente una conferencia no le excluye de cumplir con el requisito de trabajo.**

2. **AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL: USTED TIENE 10 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN ESTA NOTIFICACIÓN, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL SI SE HA DETERMINADO QUE USTED ESTÁ EXENTO DE TRABAJAR POR RAZONES DE SALUD. (SI SE HA MARCADO LA PARTE 1). USTED TIENE 60 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN ESTA NOTIFICACIÓN, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL SI SE LE HA DECLARADO NO EXENTO(A) POR UNA RAZÓN QUE NO SEA UNA RAZÓN DE SALUD (SI SE HA MARCADO LA PARTE 2).**

**CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:** Puede solicitar una audiencia imparcial por **correo**, por **teléfono**, por **fax** o por **internet**.

**Por correo:** rellene este aviso y envíelo a: *Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201.* Favor de quedarse con una copia.

- Deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la decisión de la agencia. (Puede explicar a continuación por qué no está de acuerdo, aunque no tiene que incluir una explicación por separado).

**Por teléfono:** 800-342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTE AVISO CUANDO LLAME)

**Por fax:** envíe por fax una copia del anverso y reverso de este aviso al: (518) 473-6735

**Por internet:** rellene una petición electrónica en el siguiente sitio: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>.

Si no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (*New York State Office of Temporary and Disability Assistance*) por teléfono, por fax o por internet, favor de solicitar por escrito una audiencia imparcial antes del vencimiento del plazo.

**LO QUE SUCEDE EN UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:** el Estado le enviará un aviso informándole cuándo y dónde se realizará la audiencia imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué cree que nuestra decisión es incorrecta. Puede traer consigo a un abogado, a un familiar o a un(a) amigo(a), o a alguien más que pueda ayudarle a exponer su caso. Si no puede presentarse, puede enviar a otra persona en su representación. Si la persona que lo representará no es un abogado, debe entregarle a esta persona una carta, dirigida al funcionario de audiencias, en la que usted declara que desea que dicha persona lo represente en la audiencia. En la audiencia, usted y su abogado u otro representante, tendrán la oportunidad de explicar el porqué de nuestra equivocación, como también la oportunidad de presentar, ante el funcionario de audiencias, documentos que demuestren nuestra equivocación.

Con el fin de ayudarle a exponer el motivo de nuestra equivocación, le sugerimos presentar testigos que puedan avalar su caso. También, le sugerimos presentar documentos tales como: comprobantes de pagos salariales, contrato de alquiler, recibos, cuentas médicas, etc. Durante la audiencia, usted y su abogado u otro representante, podrán interrogar a nuestros testigos, o a los que usted presente para avalar su caso.

**ASISTENCIA LEGAL:** si cree que necesita representación legal en la resolución de este problema, puede obtener los servicios de un abogado, sin costo alguno, comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (*Legal Aid Society*) u otra asociación de defensa legal de su localidad. Puede encontrar los nombres de otros abogados en las páginas amarillas, bajo «Abogados» (*“Lawyers”*).

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** en preparación para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama o nos escribe, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos contenidos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama, nos escribe o envía un fax, le brindaremos, sin cargo, copias de otros documentos contenidos en su archivo, y los cuales usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llámenos al número de teléfono de Acceso a Archivos señalado en el **anverso** de este aviso o mande una carta a la dirección indicada en esa misma página.

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente los solicita.

**INFORMACIÓN:** si desea información adicional sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos al número de teléfono señalado en el anverso de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.



**NOTIFICATION OF TEMPORARY ASSISTANCE WORK REQUIREMENTS DETERMINATION  
(NONEXEMPT)**

NOTICE DATE:		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CIN	GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP		
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS				
<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>		OR Agency Conference Fair Hearing information and assistance Record Access Legal Assistance information		
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NO.

**PART 1 (MEDICAL-NONEXEMPT)**

\_\_\_\_\_ has been evaluated for health-related barriers and has been determined to be **NONEXEMPT** from participating in temporary assistance work activities effective \_\_\_\_\_ because according to medical evidence he/she is not currently disabled, work limited, or otherwise unable to participate because of a health-related issue and is able to participate fully in work activities. This means that you must participate in work activities.

**If this section (Part 1) is checked, you have 10 days from the date of this notice to request a fair hearing. Please see the REVERSE of this page for instructions describing how to request a fair hearing.**

The law and regulations that allow us to do this are Social Services Law 332-b and 18 NYCRR 385.2.

**PART 2 (MEDICAL-WORK LIMITED)**

\_\_\_\_\_ has been evaluated for health-related barriers and has been determined to be **NONEXEMPT** but **WORK LIMITED** from participating in temporary assistance work activities effective \_\_\_\_\_.

This means that you must participate in work activities that are within your medical limitations. If a treatment plan is recommended to address your medical limitations, you may be required to participate in it. This determination that you are not exempt but work-limited is based on a determination by a licensed physician or other medical professional that

SAMPLE

**If this section (Part 2) is checked, you have 10 days from the date of this notice to request a fair hearing. Please see the REVERSE of this page for instructions describing how to request a fair hearing.**

The law and regulations that allow us to do this are Social Services Law 332-b and 18 NYCRR 385.2.

**PART 3 (NONEXEMPT- OTHER THAN MEDICAL)**

\_\_\_\_\_ has been determined to be **NONEXEMPT** from participating in temporary assistance work activities effective \_\_\_\_\_ and must participate in work activities because

\_\_\_\_\_

**If this section (Part 3) is checked, you have 60 days from the date of this notice to request a fair hearing. Please see the REVERSE of this page for instructions describing how to request a fair hearing.**

The law and regulations that allow us to do this are Social Services Law 332-b and 18 NYCRR 385. 2.

**DUTIES OF A NONEXEMPT PERSON**

As a person who is nonexempt from temporary assistance work requirements, you are expected to meet one 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 need temporary assistance.

- You must conduct an active job search and give evidence of such efforts when requested.
- You must accept referral to or an offer of any employment in which you are able to engage.
- You must participate in an assessment and an employment plan.
- You must accept referral to and participate in work activities as assigned by the social services district or its designated provider of such programs and services.
- You must continually seek employment and provide evidence of such if requested by the social services district.

If you willfully and without good cause refuse or fail to comply with the above listed requirements, you or your household may be disqualified from receiving public assistance or a portion of its public assistance for a period for up to six months and longer, depending on the type of assistance you receive, the program in which you were required to participate and the number of times you have been disqualified in the past.

**BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Enclosure

**DISTRIBUTION:**

White -CLIENT/FAIR HEARING COPY

Yellow - CLIENT COPY

Pink - AGENCY COPY

**FOOD STAMP IMPLICATIONS:** This notice applies only to your requirement to participate in temporary assistance work activities. You may or may not be required to participate in Food Stamp Employment and Training (FSET) activities. You were notified of the Food Stamp employment responsibilities and exemptions in the LDSS-4148A *What You Should Know About Your Rights and Responsibilities, Book 1*. If you have any questions about your Food Stamp employment requirements, ask your worker.

**CONFERENCE AND FAIR HEARING SECTION – DO YOU THINK WE ARE WRONG?**

If you think our decision was wrong, you can ask for a review of our decision. If we made a mistake, we will correct it. You can do both 1 and 2:

- 1. Ask for a meeting (conference) with one of our supervisors; 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 the conference phone number on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. **If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you do not want to have to comply with work requirements until a fair hearing decision is issued, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not remove your requirement to participate in work activities.**

2. **STATE FAIR HEARING**

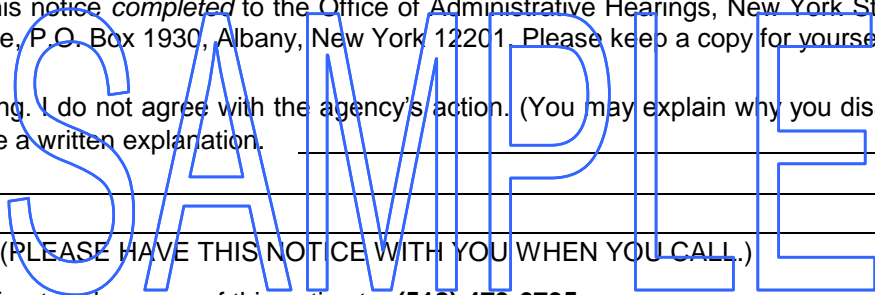
**YOU HAVE 10 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING IF YOU HAVE BEEN EVALUATED BECAUSE OF A CLAIMED OR SUSPECTED MEDICAL CONDITION AND DETERMINED TO BE NON-EXEMPT (IF PART 1 OR PART 2 IS CHECKED). YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING IF YOU HAVE BEEN DETERMINED TO BE NON-EXEMPT FOR A NON MEDICAL REASON (IF PART 3 IS CHECKED).**

**WORK REQUIREMENTS:** If you request a fair hearing within ten (10) days of the date of this notice you will not have to comply with work-related requirements even if these requirements were assigned to you before you decided to request a hearing, unless and until a fair hearing decision is issued which finds that you are not exempt from employment requirements.

**HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING:** You can ask for a fair hearing by **mail**, by **phone**, by **fax** or **online**.

**Mail:** Send a copy of this notice *completed* to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Please keep a copy for yourself.

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)



**Phone:** 800-342-3334 (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL.)

**Fax:** Fax a copy of the front and reverse of this notice to: (518) 473-6735 or

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

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

**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. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. 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 this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing. At the hearing, you and your lawyer or other representative will have a chance to explain why we are wrong and a chance to give the hearing officer written papers that explain why we are wrong.

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements. At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. For the names of other lawyers, check your 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 file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file that we will give to the hearing officer at the fair hearing. Also, if you call, write or fax to us, we will provide you with free copies of other documents from your file that 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 us at the Record Access phone number on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

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 us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

## AVISO DE DETERMINACIÓN DE REQUISITOS DE TRABAJO DE ASISTENCIA TEMPORAL (NO EXENTO)

FECHA DEL AVISO:		NOMBRE Y DOMICILIO DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
NÚMERO DEL CASO	CIN			
NOMBRE DEL CASO (y nombre de la persona a cargo, si está presente) Y DOMICILIO				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 2em;">[</span> </div>		Nº DE TELÉFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O AYUDA		
		Conferencia con la Agencia		
		Información sobre Audiencia Imparcial y Asistencia		
		Acceso a los Archivos		
		Información sobre Asistencia Legal		
OFICINA Nº	UNIDAD Nº	TRABAJADOR SOCIAL Nº	NOMBRE DE LA UNIDAD O DEL TRABAJADOR SOCIAL	TELÉFONO Nº

### PARTE 1 (NO EXENTO - RAZONES MÉDICAS)

\_\_\_\_\_ ha sido evaluado(a) con relación a barreras de salud y se ha determinado que **NO ESTÁ EXENTO(A) de realizar actividades laborales, según lo requiere asistencia temporal, a partir de** \_\_\_\_\_ porque, según comprobantes médicos, él / ella no está incapacitado(a), impedido(a) para trabajar ni discapacitado(a) en otra forma por razones de salud y puede plenamente desempeñar actividades laborales. Por lo tanto, debe realizar actividades laborales.

**Si esta sección (Parte 1) está marcada, usted tiene 10 días, contados a partir de la fecha de este aviso, para solicitar una audiencia imparcial. Vea el REVERSO de esta página para informarse sobre cómo solicitar una audiencia imparcial.**

La legislación y disposiciones que nos permiten tomar esta medida son la Ley de Servicios Sociales 332-b y 18 NYCRR 385.2

### PARTE 2 (LIMITACIONES PARA TRABAJAR POR RAZONES MÉDICAS)

\_\_\_\_\_ ha sido evaluado(a) con relación a barreras de salud y se ha determinado que **NO ESTÁ EXENTO(A) pero TIENE LIMITACIONES PARA REALIZAR ACTIVIDADES LABORALES, según lo requiere asistencia temporal, a partir de** \_\_\_\_\_.

Por lo tanto, debe realizar actividades de trabajo de acuerdo con sus limitaciones médicas. Si se le recomienda un plan de tratamiento para aliviar las limitaciones médicas, es posible que el someterse a dicho tratamiento sea obligatorio. La decisión definitiva que indica que usted no está exento(a), si no más bien, limitado en cuanto al tipo de actividad laboral que puede desempeñar, se basa en la opinión de un médico o profesional de la salud que se señala que:

**Si esta sección (Parte 2), está marcada usted tiene 10 días, contados a partir de la fecha de este aviso, para solicitar una audiencia imparcial. Vea el REVERSO de esta página para informarse sobre cómo solicitar una audiencia imparcial.**

La legislación y disposiciones que nos permiten tomar esta medida son la Ley de Servicios Sociales 332-b y 18 NYCRR 385.2

### PARTE 3 (NO EXENTO POR RAZONES NO MÉDICAS)

Se ha determinado que \_\_\_\_\_ **NO ESTÁ EXENTO(A) de realizar actividades de trabajo, según lo requiere asistencia temporal, a partir de** \_\_\_\_\_, por lo tanto, debe trabajar porque:

**Si esta sección (Parte 3) está marcada, usted tiene 60 días, contados a partir de la fecha de este aviso, para solicitar una audiencia imparcial. Vea el REVERSO de esta página para informarse sobre cómo solicitar una audiencia imparcial.**

La legislación y disposiciones que nos permiten tomar esta medida son la Ley de Servicios Sociales 332-b y 18 NYCRR 385.2

### OBLIGACIONES DE UNA PERSONA NO EXENTA

Como persona no exenta, se espera que usted satisfaga uno o más de los requisitos que se señalan a continuación, según se los asigne la Agencia. El propósito de estos requisitos es ayudarle a encontrar y retener un empleo para que usted no tenga que seguir recibiendo asistencia temporal.

- Usted debe realizar una búsqueda activa de trabajo y cuando se lo solicite, demostrar los esfuerzos que realiza para encontrar empleo.
- Usted debe aceptar las remisiones de trabajo u ofertas de empleo que usted puede desempeñar.
- Usted debe participar en una evaluación y en un plan de empleo.
- Usted debe aceptar las remisiones de trabajo y participar en las actividades laborales que le sean asignadas por el distrito de servicios sociales o el proveedor designado de programas y servicios.
- Usted debe buscar empleo constantemente y aportar pruebas de dicha búsqueda si el distrito de servicios sociales se lo solicita.

Si usted, intencionalmente y sin causa justificada, no cumple o se rehúsa a cumplir con los requisitos señalados anteriormente, corre el riesgo de que se le suspenda la asistencia pública, parcial o total, por un período de hasta seis meses o más, según: el tipo de asistencia que reciba; el programa en el que deba participar; y la cantidad de veces que anteriormente se le suspendieron los beneficios.

**LEA EL REVERSO DE ESTA PÁGINA PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN.**

**CUPONES PARA ALIMENTOS / CONSECUENCIAS:** este aviso tiene que ver solamente con los requisitos laborales de asistencia temporal. Es posible que deba participar en las actividades de Empleo y Capacitación para Beneficiarios de Cupones para Alimentos (FSET). Usted fue notificado de las obligaciones de empleo y exenciones para beneficiarios de Cupones para Alimentos en el LDSS-4148A SP: «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades» Libro 1. Si usted tiene preguntas sobre los requisitos de empleo para beneficiarios de Cupones para Alimentos, hable con la persona a cargo de su caso.

**CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES: ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?**

Si cree que nuestra determinación es incorrecta, solicite una revisión. Si hemos cometido un error lo corregiremos. Pueda tomar ambas medidas: 1 y 2

1. Solicitar una reunión (conferencia) con un supervisor; 2. Solicitarle al Estado una audiencia imparcial con un funcionario estatal de audiencias.

1. **CONFERENCIA** (reunión informal con nosotros): si usted cree que nuestra determinación fue incorrecta o si no entiende lo que hemos resuelto, sírvase llamar para concertar una reunión. Llame al número para conferencias que aparece en el **anverso** de este aviso o escríbanos a la dirección que aparece en esa misma página. En algunos casos, ésta es la forma más rápida de resolver este tipo de problemas. **Tiene derecho a una audiencia imparcial aunque solicite una conferencia. Si desea esperar por la decisión de la audiencia imparcial para cumplir con los requisitos de empleo, debe solicitar una audiencia de las maneras descritas más abajo. El solicitar solamente una conferencia no le excluye de cumplir con el requisito de trabajo.**

2. **AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL: USTED TIENE 10 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN ESTA NOTIFICACIÓN, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL SI SE LE HA SOMETIDO A UNA EVALUACIÓN POR MOTIVOS DE UN ESTADO DE SALUD APARENTE O PRESUNTO POR MEDIO DEL CUAL SE LE HA DETERMINADO NO EXENTO(A) (SI SE HA MARCADO YA SEA LA PARTE 1 ó 2). USTED TIENE 60 DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL SI SE LE HA DECLARADO NO EXENTO(A) POR UNA RAZÓN QUE NO SEA UNA RAZÓN DE SALUD (SI SE HA MARCADO LA PARTE 3).**

**REQUISITOS LABORALES:** si usted solicita una audiencia imparcial dentro de (10) días contados a partir de la fecha en esta notificación, usted no tendrá que cumplir con los requisitos laborales aunque le hayan sido asignados antes de usted solicitar la audiencia imparcial, salvo si la decisión de la audiencia establece que usted no está exento de cumplir con los requisitos laborales.

**CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:** puede solicitar una audiencia imparcial por **correo**, por **teléfono**, por **fax** o por **internet**.

**Por correo:** rellene este aviso y envíelo a: *Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201.* Favor de quedarse con una copia.

Deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la decisión de la agencia (Puede explicar a continuación por qué no está de acuerdo, aunque no tiene que incluir una explicación por separado).

**Por teléfono:** 800-342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTE AVISO CUANDO LLAME)

**Por fax:** envíe por fax una copia del anverso y reverso de este aviso al: (518) 473-6735

**Por internet:** rellene una petición electrónica en el siguiente sitio: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>.

Si no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (*New York State Office of Temporary and Disability Assistance*) por teléfono, por fax o por internet, favor de solicitar por escrito una audiencia imparcial antes del vencimiento del plazo.

**LO QUE SUCEDE EN UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:** el Estado le enviará un aviso informándole cuándo y dónde se realizará la audiencia imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué cree que nuestra decisión es incorrecta. Puede traer consigo a un abogado, a un familiar o a un(a) amigo(a), o a alguien más que pueda ayudarle a exponer su caso. Si no puede presentarse, puede enviar a otra persona en su representación. Si la persona que lo representará no es un abogado, debe entregarle a esta persona una carta, dirigida al funcionario de audiencias, en la que usted declara que desea que dicha persona lo represente en la audiencia. En la audiencia, usted y su abogado o el representante, tendrán la oportunidad de explicar el porqué de nuestra equivocación, como también la oportunidad de presentar, ante el funcionario de audiencias, documentos que demuestren nuestra equivocación.

Con el fin de ayudarle a exponer el motivo de nuestra equivocación, le sugerimos presentar testigos que puedan avalar su caso. También, le sugerimos presentar documentos tales como: comprobantes de pagos salariales, contrato de alquiler, recibos, cuentas médicas, etc. Durante la audiencia, usted y su abogado o representante, podrán interrogar a nuestros testigos, o a los que usted presente para avalar su caso.

**ASISTENCIA LEGAL:** si cree que necesita representación legal en la resolución de este problema, puede obtener los servicios de un abogado, sin costo alguno, comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (*Legal Aid Society*) u otra asociación de defensa legal de su localidad. Puede encontrar los nombres de otros abogados en las páginas amarillas, bajo «Abogados» (“Lawyers”).

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** en preparación para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama o nos escribe, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos contenidos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama, nos escribe o envía un fax, le brindaremos, sin cargo, copias de otros documentos contenidos en su archivo, y los cuales usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llámenos al número de teléfono de Acceso a Archivos señalado en el **anverso** de este aviso o mande una carta a la dirección indicada en esa misma página.

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente los solicita.

**INFORMACIÓN:** si desea información adicional sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos al número de teléfono señalado en el anverso de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.

## 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 Acevedo information line number on the attached notice or write to us at the address on the attached 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." You may also call the Acevedo settlement line at the New York Legal Assistance Group. The number is **(212) 371-6873**.

**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. 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 us at the phone number and/or address listed on the front of this notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

**Deadline:** If your Cash Assistance case was sanctioned for noncompliance with OCSE, you have sixty (60) days from the date of this notice to request a Fair Hearing to challenge the OCSE sanction or HRA's failure to inform you of the requirements to lift your OCSE sanction.

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:

Case Number: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_

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

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

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 información de la línea de Acevedo que aparece en las hojas adjuntas o escribanos a la dirección que también aparece en las hojas adjuntas. 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:** Llene una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
<http://www.otda.ny.gov/eah/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). Además, usted puede llamar a la línea del acuerdo Acevedo en el Grupo de Asistencia Legal de Nueva York (New York Legal Assistance Group). El número de teléfono es **(212) 371-6873**.

**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 normalmente se le enviarán dentro de tres días laborables de la fecha en la que las solicitó. Si usted hace su petición menos de cinco días laborables antes de su audiencia, los documentos de su expediente de caso se le pueden facilitar durante su audiencia.

**INFORMACIÓN:** Si usted desea más información sobre su caso, cómo solicitar una Audiencia Imparcial, cómo ver su expediente o cómo conseguir copias adicionales de documentos, llámenos o escribanos al número de teléfono y/o dirección listada en la parte delantera de este aviso.

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Fecha Límite:** Si su caso de Asistencia en Efectivo fue sancionado por incumplimiento de OCSE, usted tiene sesenta (60) días desde la fecha de este aviso para solicitar una Audiencia Imparcial para oponerse a la sanción de OCSE o el fallo de la HRA de informarle de los requisitos para levantar su sanción de OCSE.

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.

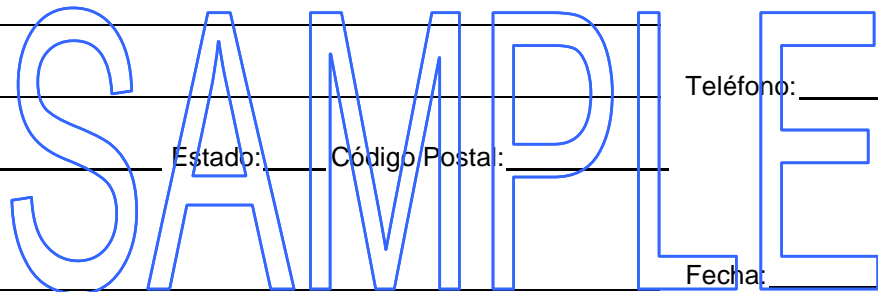
**Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la Agencia es errónea porque:**

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

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

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Posta: \_\_\_\_\_

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





## 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 Acevedo conference line number on the attached notice or write to us at the address on the attached 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 the 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." You may also call the Acevedo settlement line at the New York Legal Assistance Group. The number is **(212) 371-6873**.

**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 and/or address listed on the front of this notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

**Deadline:** If your cash assistance case was sanctioned for noncompliance with OCSE, you have sixty (60) days from the date of this notice to request a Fair Hearing to challenge the OCSE sanction or HRA's failure to inform you of the requirements to lift your OCSE sanction.

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:

Case Number: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_

Name M.I. Last Name

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

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

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

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 información de la línea de Acevedo que aparece en las hojas adjuntas o escribanos a la dirección que también aparece en las hojas adjuntas. 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 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, Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance a cualquiera 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 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 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 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 abogacía más cercano buscando en las páginas amarillas bajo "lawyers" (abogados). También puede llamar a la línea de acuerdo de Acevedo del Grupo de Asistencia Legal de Nueva York (New York Legal Assistance Group) al: **(212) 371-6873**.

**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 pedirlos 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**

**Fecha Límite:** Si su caso de asistencia en efectivo fue sancionado por incumplimiento de OCSE, usted tiene de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una Audiencia Imparcial que recusa la sanción OCSE o la falta por parte de la HRA de informarle de los requisitos para levantar la sanción OCSE.

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 letra de molde: \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ I. Apellido \_\_\_\_\_ Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
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 the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of the attached notice or write to us at the address on **page 1** of the attached 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, 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/pah/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 page 1 of the attached notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

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

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

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

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

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

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

SAMPLE

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

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

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 al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la **primera página** de la(s) hoja(s) adjunta(s), o escribanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de la(s) hoja(s) adjunta(s). 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 Su(s) Beneficio(s).)

### 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: 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 escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **primera página** de la(s) hoja(s) adjunta(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 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. Sin embargo, los Beneficios de Cupones para Alimentos no pueden continuarse pasada la última fecha de su período de certificación de Cupones para Alimentos si usted no recertificó su caso de Cupones para Alimentos (vea 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 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, asistencia médica y servicios sociales, y noventa (90) días para asuntos de Cupones para Alimentos.

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:**

<h1>SAMPLE</h1>
-----------------

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 Intent to Restrict Home Energy Allowance (Timely)

Utility Account Number(s):	Amount to Be Restricted:	CA Grant before Restriction:	CA Grant after Restriction:
	\$		

We wish to inform you that we intend to restrict your home energy allowance in the amount indicated above effective \_\_\_\_\_ (date). We are taking this action because we have been informed by:

- Keyspan  Con Edison  Long Island Power Authority (LIPA)  Other \_\_\_\_\_

that you have not paid your utility bill from \_\_\_\_\_ (date) to \_\_\_\_\_ (date), in the amount of \$ \_\_\_\_\_.

If you wish to contest this action and are under the Family Assistance category, please call the telephone number above. Your assistance will continue unchanged until you have had a conference at which you can explain the circumstances of your failure to pay your utility bills. At the conference, you may present proof that you have paid your rent and used all of your semimonthly home energy allowance toward the payment of your utility bill. You may also present evidence that you spent the Home Energy Allowance appropriately for some emergency or extraordinary event, or that you withheld payment to the utility company because of a dispute about your bill. Based on your evidence, we will make a determination of whether or not you have mismanaged your Cash Assistance.

If we determine that you did mismanage your Cash Assistance, we will restrict your Home Energy Allowance.

If you do not call the telephone number indicated above before the effective date of this notice, we will presume that you have mismanaged your Cash Assistance grant and we will proceed with our action to restrict your Home Energy Allowance.

These actions are taken in accordance with 18 NYCRR § 352.5(e) and the Home Energy Fair Practice Act Chapter 895 of the laws of 1981.

If your Home Energy Allowance is restricted, all future utility bills will be sent directly by the utility company to the Human Resources Administration (HRA) for payment. Until further notice, you will not be required to pay bills to the utility company. The restriction of your home energy allowance will be based on your average monthly usage as determined by the utility company. In no event will the amount deducted exceed the total amount of the Home Energy Allowance to which you are entitled.

The amount required to satisfy your bills will be adjusted monthly. If we have deducted too much, we will reduce the amount being restricted and return the excess amount to you on a quarterly basis. If we have deducted too little, we will increase the amount being restricted and recoup the excess amount that we paid to the utility company on your behalf. We will inform you when we take such actions.

**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.**

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. 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 de Casos: \_\_\_\_\_  
 Num. de Tel. de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso de Intención de Restringir la Asignación de Energía Doméstica (A Tiempo Definido)

Número(s) de Cuenta Electricidad y/o Gas:	Cantidad a ser Restringida:	Subsidio de CA antes de Restricción:	Subsidio de CA después de Restricción:
	\$	\$	\$

Deseamos informarle que nosotros tenemos la intención de restringir su Asignación de Energía Doméstica en la cantidad indicada arriba a partir de \_\_\_\_\_ (fecha). Estamos tomando esta medida porque hemos sido informados por:

Keyspan (BUG)   
  Con Edison   
  Long Island Power Authority (LIPA)   
  Otro \_\_\_\_\_

de que usted no ha pagado su cuenta de electricidad y/o gas de \_\_\_\_\_ (fecha) a \_\_\_\_\_ (fecha) por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ .

Si usted está clasificado bajo Asistencia de Familias y desea oponerse esta medida, por favor llame al número de teléfono más arriba. Sus beneficios continuarán sin cambios hasta después de explicar, en una conferencia, las circunstancias por su falta de pago a sus cuentas de electricidad y/o gas. En la conferencia, usted puede presentar prueba de que ha pagado su alquiler y ha utilizado la cantidad total de su asignación bimensual de energía en el hogar para pagar sus cuentas de electricidad y/o gas. Usted también puede presentar pruebas de que hizo uso adecuado de la Asignación de Energía Doméstica para alguna emergencia o evento extraordinario o de que le retuvo un pago a la compañía de electricidad y/o gas por una disputa respecto a su cuenta. Basado en sus pruebas, determinaremos si usted ha administrado mal su Asistencia en Efectivo.

Si determinamos que usted ha mal administrado su Asistencia en Efectivo, restringiremos su Asignación de Energía Doméstica.

Si usted no llama al número de teléfono indicado más arriba antes de la fecha de vigencia de este aviso, supondremos que usted ha mal administrado sus beneficios de Asistencia en Efectivo y procederemos con nuestra acción de restringir su Asignación de Energía Doméstica.

Estas acciones se toman conforme a 18 NYCRR § 352.5(e) y al Acta de Prácticas Justas de Energía, Capítulo 895 (Home Energy Fair Practice Act Chapter 895) de las leyes de 1981.

Si su Asignación de Energía Doméstica se restringe, todas sus cuentas de electricidad y/o gas serán enviadas directamente por la compañía de electricidad y/o gas a la Administración de Recursos Humanos para pagos. Hasta nuevo aviso usted no tiene que pagar cuentas a la compañía de electricidad y/o gas. La restricción de su subsidio de energía doméstica se basará en su uso mensual promedio, tal como lo determine la compañía de electricidad y/o gas. En ningún caso la cantidad deducida excederá a la cantidad total de la Asignación de Energía Doméstica a la que usted tiene derecho.

La cantidad requerida para pagar sus cuentas de electricidad y/o gas se ajustará mensualmente. Si hemos deducido demasiado, reduciremos la cantidad que se está restringiendo y le devolveremos la cantidad excedente cada trimestre. Si hemos deducido muy poco, aumentaremos la cantidad restringida y recuperaremos la cantidad excedente que fue pagada a la compañía de electricidad y/o gas a nombre suyo. Nosotros le informaremos cuando tomemos tales medidas.

**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 COMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

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 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. 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 Su[s] Beneficio[s].)

### 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 de Asistencia 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 cómo 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 Su(s) Beneficio(s):** 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 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 pública.

Si no logra comunicarse con la Oficina 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:**

[Empty box for explanation of appeal]

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: \_\_\_\_\_

**Notice of Intent to Recoup Utility Grant (Timely)**

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

**CASH ASSISTANCE**

Utility Account Number(s):	Amount of Current CA Grant:	Amount to Be Recouped:	Amount of New Grant:
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

This notice is to inform you that we intend to recoup an amount of \$ \_\_\_\_\_ semimonthly from each of your Cash Assistance benefit payments, effective \_\_\_\_\_ Date. This recoupment is to recover a utility grant issued to you on \_\_\_\_\_ Date, in the amount of \$ \_\_\_\_\_, to either prevent a shutoff or restore utility services. We are taking this action because, upon review of your explanation of a failure to pay utility bills for the months of \_\_\_\_\_ Month/Year, \_\_\_\_\_ Month/Year, \_\_\_\_\_ Month/Year, \_\_\_\_\_ Month/Year, we have determined that you did not meet the criteria for a nonrecoupable utility grant because:

- you did not pay an amount at least equal to your household's monthly Home Energy Allowance toward the monthly utility bill.
- you did not apply your monthly fuel for heating allowance, if any, to fuel bills.
- you did not apply your monthly shelter allowance to your monthly shelter cost.

The amount to be recouped is 10 percent of your household need. If you believe this reduction will cause your family an undue hardship, you may contact your Worker to explain your reason(s). An undue hardship means that a person does not have enough income to buy food, to pay for shelter or utilities, to get necessary clothing, to buy general items of need, or to pay for medical needs that are not covered by medical assistance. Your Worker will let you know what kind of proof you will need to support your undue hardship claim. If it is determined that the recoupment will cause an undue hardship, we will reduce the amount recouped from each benefit payment. However, the least amount that can be recouped from each benefit payment is five percent.

These actions are taken in accordance with 18 NYCRR § 352.11, § 352.5 (f)(3) and § 352.31 (d).

**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, 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 benefit(s) will continue unchanged, until a Fair Hearing decision is issued, if you ask for a Fair Hearing before the effective date stated in this notice.

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: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Aviso de Intención de Recuperar el Subsidio de Electricidad y Gas (Tiempo Definido)**

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

**ASISTENCIA EN EFECTIVO**

Número de Cuenta(s) de Electricidad y/o Gas:	Cantidad del Subsidio Actual de Asistencia en Efectivo:	Cantidad a ser Recuperada:	Cantidad del Nuevo Subsidio:
	\$	\$	\$

Por la presente le informamos de la intención de recuperar quincenalmente la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ de cada uno de sus pagos de asistencia en efectivo, a partir del \_\_\_\_\_ Fecha. Con esta cantidad recuperada se recobraré el subsidio de electricidad y/o gas expedido a usted el \_\_\_\_\_ Fecha, en la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ para prevenir una desconexión o para restaurar la electricidad y/o el gas. Hemos tomado esta decisión dado que después de examinar su explicación sobre su motivo por no pagar sus facturas de electricidad y gas los meses de \_\_\_\_\_ Mes/Año, \_\_\_\_\_ Mes/Año, \_\_\_\_\_ Mes/Año, \_\_\_\_\_ Mes/Año, \_\_\_\_\_ Mes/Año, \_\_\_\_\_ Mes/Año, hemos determinado que usted no reúne los requisitos

para recibir un subsidio de electricidad y/o gas sin que se le cobre posteriormente debido a que usted:

- no abonó una cantidad a la cuenta mensual de electricidad y gas por lo menos equivalente a su Asignación de Energía en el Hogar mensual.
- no abonó su concesión mensual de combustible para calefacción, de haberla, a sus cuentas de combustible.
- no abonó su concesión mensual de vivienda a su costo mensual de vivienda.

La cantidad a ser recuperada será el 10 por ciento de las necesidades de su hogar. Si usted cree que esta reducción le causará a su familia dificultad económica excesiva, puede comunicarse con su Trabajador para explicar su(s) razón(es). Una dificultad económica excesiva significa que una persona no tiene suficientes ingresos para comprar comida, pagar su vivienda o electricidad y/o gas, ropa necesaria, comprar artículos de necesidad, o para cubrir servicios médicos no incluidos en la asistencia médica. Su Trabajador le informará de que clase de prueba usted necesitará para respaldar su afirmación de dificultad económica excesiva. Si se determina que la recuperación causará dificultad económica excesiva, hemos de reducir la cantidad recuperada de cada pago de los beneficios. Sin embargo, la cantidad mínima que se puede recuperar de cada pago es cinco por ciento.

Estas medidas se toman conforme a 18 NYCRR § 352.11, § 352.5 (f)(3) y § 352.31 (d).

**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. 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 Su[s] Beneficio[s].)

### 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 de Asistencia para Incapacidades 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 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**

**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.

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 pública.

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

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

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

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

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Conference: \_\_\_\_\_  
Telephone Number: \_\_\_\_\_

### Assignment Letter

You have been assigned to the Food Stamp Employment and Training (FSET) work activity/activities described below.  
The total number of hours you are required to participate in this/these activity/activities every month is \_\_\_\_\_ hours.  
You will receive carfare at the agency where you are assigned to work. Please bring your Human Resources Administration (HRA) photo ID card.

#### WORK EXPERIENCE PROGRAM (WEP) ASSIGNMENT

Monthly WEP hours: \_\_\_\_\_ WEP site name: \_\_\_\_\_ Start date: \_\_\_\_\_  
WEP site address: \_\_\_\_\_

WEP schedule:

	MON	TUES	WED	THURS	FR	SAT	SUN
Start time:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
End time:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

#### JOB SEARCH ASSIGNMENT

Monthly Job search hours: \_\_\_\_\_ Job search site name: \_\_\_\_\_ Start date: \_\_\_\_\_  
Job search site address: \_\_\_\_\_

Job search schedule:

	MON	TUES	WED	THURS	FRI	SAT	SUN
Start time:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
End time:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

I have received a copy of this assignment.

Participant's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**FAILURE TO KEEP THIS APPOINTMENT OR FAILURE TO PARTICIPATE AS REQUIRED  
MAY RESULT IN THE REDUCTION/TERMINATION OF YOUR FOOD STAMP BENEFITS**

This is a mandatory engagement appointment. Your participation in this program is mandatory unless you receive another assignment, you become employed, or HRA determines that you have become unable to work or that you are exempt from the food stamp work requirements. You will be exempt from the work requirements if you are:

- younger than 16 years of age or 60 years of age or older;
- medically verified as being physically or mentally unable to work;
- subject to and complying with a federally funded Temporary Assistance for Needy Families (TANF) work requirement;
- responsible for the care of a dependent child under the age of six;
- responsible for the care of an incapacitated person;
- an applicant for or recipient of Unemployment Insurance Benefits (UIB) who is required to register for work as part of the UIB application process;
- a regular participant in a drug or alcohol treatment and rehabilitation program and the Agency determines that you are either unable to work or that assignment to work activities is impractical;
- a student enrolled at least half-time in a recognized school, training program or institution of higher education, provided you have met the student eligibility criteria for food stamp participants;
- an applicant for Supplemental Security Income (SSI) and food stamp benefits under the joint processing provisions until you are either determined to be eligible for SSI and, thereby, exempt from work registration, or determined to be ineligible for SSI;
- a person 16 or 17 years of age who is not the head of the household or who is attending school or an employment training program on at least a half-time basis;
- employed a minimum of 30 hours per week or receiving weekly earnings at least equal to the Federal minimum wage multiplied by 30 hours;
- a refugee participating at least half-time in a program approved or funded by the Federal Office of Refugee Resettlement; or
- complying with TANF work rules.

In order to receive your benefits, you must work the assigned number of hours at your work site, unless you have good cause not to work. If you fail to work the assigned hours without good cause, your food stamp benefits may be reduced or terminated.



**THIS SECTION TELLS YOU WHAT TO DO IF YOU BELIEVE THAT YOU SHOULD NOT WORK OR SHOULD RECEIVE A DIFFERENT ASSIGNMENT BECAUSE OF A MEDICAL PROBLEM, OR YOU CANNOT COME TO WORK FOR ANOTHER REASON.**

**What if you believe that you should not be required to work because of a medical problem?**

If you disagree with the determination that you are able to work, you may ask for a conference or a Fair Hearing, or both. Please see the Conference and Fair Hearing Information section of this notice for more information.

**What if you think that you should be given a different work assignment because of a medical problem?**

If you have already been determined as work – limited, and you have informed your work site Supervisor of your limitations, and the Agency has, to the best of its ability, made accommodations for your limitations, you may still contest the assignment as medically inappropriate. The proper way to contest an assignment is as follows:

1. Report to your assigned location and find out about your assignment. You may discuss any issues you have about whether the assignment is appropriate with the person who gives you the assignment or your Supervisor at the assignment.
2. If you are not able to resolve your issues at the conference, you may request a Fair Hearing. (Please see the Conference and Fair Hearing Information section of this notice for more information.)
3. If you have not resolved the issue at your work site, you can also make an appointment to discuss your issues at a conference.
4. During the time you are contesting a work assignment, starting with your complaint to your immediate Supervisor and, if necessary, until a Fair Hearing decision is rendered, you may refuse to perform the work without immediate loss of benefits.

**What if your medical condition changes in a way that affects your ability to work?**

Discuss any problem related to your medical condition with your work site Supervisor and provide written documentation on your doctor's stationery that includes the doctor's name, the date, your diagnosis and prognosis, and state what work activities your condition prevents you from doing and why. The documentation must be an original, not a photocopy, and must be current.

The Agency may change your assignment to another, based on the medical condition described on the documentation you provide, or the Agency may refer you for a medical assessment.

You may refuse to work at an assignment on the basis that it is inconsistent with your medical condition. During the time you are contesting a work assignment, starting with your complaint to your immediate Supervisor and, if necessary, until a Fair Hearing decision is rendered, you may refuse to perform the work without immediate loss of benefits.

Follow the instructions in the **What if you receive a Notice of Intent to discontinue benefits or a Notice of Intent to change benefits?** section on page 4 if you receive a Notice of Intent as a result of a change in your medical condition of which the Agency is unaware.

**What if you have a change in your circumstances that makes you exempt from the food stamp work requirements?**

If you have a change in your circumstances that you believe makes you exempt from the food stamp work requirements (see the list on page 2), please report the change to your work site Supervisor and your Food Stamp Center.

**When can you be absent from your assignment?**

You do not have to report to your assignment on holidays observed by the Agency, on your days of religious observance (must be documented), or when you have "good cause."

**What is "good cause" for missing a day or days of work?**

"Good cause" includes circumstances beyond your control such as, but not limited to, illness, family emergency, jury duty, appointments at an HRA office, or lack of transportation. "Good cause" also includes employment interviews and temporary or part-time employment.

**What if you cannot come to work or you are going to be late?**

You must notify your Supervisor by telephone as soon as you know that you are going to be absent or late. Give notice before your scheduled starting time. If you do not do so, you may lose benefits. When you return to your work site, you must bring any documentation that you can reasonably obtain to show why you were absent or late.

**What happens when you are absent or late without good cause, fail to notify your Supervisor that you will be absent or late, or fail to provide documentation?**

If you are absent or late without good cause, you will receive a notice of failure to comply with your work assignment. You may also receive a notice for failing to notify your Supervisor or failing to provide documentation. You will have the right to request a conference and/or a Fair Hearing within the time limit stated in the notice.

**What if you receive a Notice of Intent to discontinue benefits or a Notice of Intent to change benefits?**

If you receive a Notice of Intent to discontinue benefits because of failure to comply with your work assignment, you have a right to a Fair Hearing. Your benefits will continue unchanged pending the Fair Hearing decision, as long as you make a request for a Fair Hearing within the time frame stated in the Notice of Intent.

**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 Section – Do You Think We Are Wrong?

### 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 conference telephone 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 that 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 that 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 telephone number/address listed on **page 1** of this notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

**Continuing Your Benefit(s):** If our decision affects your benefits and you ask for a Fair Hearing within ten (10) days of the date of this notice, we will restore your benefits to the level that they were at before the date of this notice, until a Fair Hearing decision is issued.

Please be reminded that if you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, within the timeframe 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 ninety (90) days from the date of the notice for work activity assignment issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by telephone, 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 de Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono de Conferencia: \_\_\_\_\_

### Carta de Asignación

A usted se le ha programado una asignación para una actividad de trabajo de Capacitación y Empleo de Cupones para Alimentos (Food Stamp Employment and Training – FSET) tal como se indica más abajo.

Las horas totales que se le requiere participar cada mes en esta/estas actividades son \_\_\_\_\_ horas.

Usted recibirá dinero para gastos de transporte en la agencia en donde se le asigne el trabajo. Favor de traer su tarjeta de identificación con foto de la Administración de Recursos Humanos ( Human Resources Administration – HRA).

#### ASIGNACIÓN DEL PROGRAMA DE EXPERIENCIA LABORAL (WORK EXPERIENCE PROGRAM – WEP)

Horas Mensuales de WEP: \_\_\_\_\_ Nombre del Local de WEP: \_\_\_\_\_ Fecha de Comienzo: \_\_\_\_\_  
Dirección del Local de WEP: \_\_\_\_\_  
Horario de WEP:  
LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO DOMINGO  
Hora de Comienzo: \_\_\_\_\_  
Hora Final: \_\_\_\_\_

#### ASIGNACIÓN DE BÚSQUEDA DE EMPLEO

Horas de la búsqueda mensuales: \_\_\_\_\_ Nombre del local de búsqueda: \_\_\_\_\_ Fecha de Comienzo: \_\_\_\_\_  
Dirección de local de la búsqueda de trabajo: \_\_\_\_\_  
Horario de la búsqueda de trabajo:  
LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO DOMINGO  
Hora de Comienzo: \_\_\_\_\_  
Hora Final: \_\_\_\_\_

He recibido una copia de esta asignación.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**EL NO CUMPLIR CON ESTA CITA O EL NO PARTICIPAR COMO DEBIDO PUEDE RESULTAR EN LA REDUCCIÓN/TERMINACIÓN DE SUS BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS**

Esta cita de participación es obligatoria. Su participación en este programa es obligatoria a menos que usted reciba otra asignación, obtenga empleo, o HRA determine que está incapacitado para trabajar o esté exento(a) de los requisitos de trabajo de cupones para alimentos. Las exenciones de los requisitos de trabajo de Cupones para Alimentos le corresponden si usted es o está:

- menor de 16 años de edad o de por lo menos 60 años de edad o mayor;
- incapacitada(o) mental o físicamente, con comprobante médico, para trabajar;
- sujeto(a) y en cumplimiento de un requisito de trabajo del Programa de Asistencia Temporal (Temporary Assistance for Needy Families – TANF) financiado por el gobierno federal y en cumplimiento del mismo;
- responsable del cuidado de un niño dependiente menor de seis años;
- responsable del cuidado de una persona incapacitada;
- solicitante de beneficiarios de Seguro de Desempleo (Unemployment Insurance Benefits – UIB) que tiene que inscribirse para trabajar como parte del trámite de UIB;
- participante normal en un programa de tratamiento para drogas o rehabilitación y la Agencia determina que usted está incapacitado(a) para trabajar o que su asignación de actividades de trabajo es impráctica;
- estudiante matriculado(a) por lo menos a tiempo parcial en una escuela reconocida, programa de capacitación o institución de enseñanza superior, siempre que haya cumplido los criterios de elegibilidad para los estudiantes para cupones para alimentos;
- solicitante de Ingreso de Seguridad Suplemental (SSI) y beneficios de cupones para alimentos conforme a las disposiciones de trámite coordinado hasta que se le determine elegible para SSI y, por tanto, exento (a) de inscripción para trabajo, o inelegible para Ingreso de SSI;
- una persona de 16 o 17 años de edad que no sea jefe de hogar o que esté asistiendo a la escuela o a un programa de capacitación para empleo a por lo menos tiempo parcial;
- empleado(a) por un mínimo de 30 horas a la semana o que reciba ganancias semanales que por lo menos sean iguales al sueldo mínimo Federal multiplicado por 30 horas; o
- refugiado que participe a por lo menos tiempo parcial en un programa aprobado o financiado por la Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados (Federal Office of Refugee Resettlement).
- cumplir con las reglas de empleo de TANF

Para recibir sus beneficios, usted tiene que trabajar el número de horas asignadas en su local de trabajo, a menos que tenga causa justificada para no trabajar. Si usted no trabaja el número de horas asignadas sin causa justificada, sus beneficios de cupones para alimentos pueden reducirse o terminarse.

**POR LA PRESENTE SECCIÓN SE LE INFORMA DE QUÉ PUEDE HACER SI USTED ESTIMA QUE NO DEBE TRABAJAR O QUE DEBE RECIBIR UNA ASIGNACIÓN DISTINTA DEBIDO A UN PROBLEMA MÉDICO, O SI NO PUEDE PRESENTARSE AL TRABAJO POR OTRA RAZÓN.**

**¿Qué tal si usted piensa que no se le debe exigir que trabaje debido a un problema médico?**

Si usted no está de acuerdo con la determinación que es apto(a) para trabajar, puede solicitar una conferencia o una Audiencia Imparcial, o ambas. Por favor vea la sección Información sobre Conferencias o Audiencias Imparciales de este aviso para más información.

**¿Qué tal si usted piensa que su asignación de trabajo debe ser distinta debido a un problema médico?**

Si a usted ya se le ha determinado limitado respecto al trabajo, y usted ha informado a su Supervisor del local de trabajo de sus limitaciones, y la agencia en el máximo grado posible ha concertado arreglos para sus limitaciones, usted puede oponerse a su asignación por considerarla inapropiada por razones médicas. El modo correcto de oponerse a una asignación es el siguiente:

1. Preséntese a su local asignado y averigüe los detalles de su asignación. Puede tratar cualquier duda sobre si su asignación es apropiada con la persona que le dé la asignación, o su Supervisor en la asignación.
2. Si usted no ha resuelto el problema en su local de trabajo, puede programar una cita para tratar sus problemas en la conferencia.
3. Si usted no puede resolver sus problemas en la conferencia, puede solicitar una Audiencia Imparcial. (Para más información, favor de remitirse a la sección de este aviso sobre Información de Conferencias y Audiencias Imparciales.)
4. Durante el tiempo que usted esté oponiéndose a una asignación de trabajo, a partir del momento de su queja a su Supervisor inmediato, y si necesario hasta que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial, usted puede rehusar desempeñar el trabajo sin pérdida inmediata de beneficios.

**¿Qué tal si su estado de salud cambia de manera que afecte su capacidad de trabajo?**

Trate cualquier problema relacionado con su estado de salud con su Supervisor del local de trabajo y proporcione documentación por escrito con el membrete de su médico que incluya el nombre del médico, la fecha, el diagnóstico y pronóstico, e indique que actividades de trabajo se le imposibilitan por su afección y por qué. La documentación tiene que ser original y actualizada, y no se aceptarán fotocopias.

La Agencia puede cambiar su asignación, según el problema médico indicado en la documentación que proporcione o la Agencia le puede enviar a un examen médico.

Usted puede rehusar trabajar en una asignación en razón de que la misma no corresponde a su estado médico. Durante el tiempo que usted esté oponiéndose a una asignación de trabajo, a partir de su queja a su Supervisor inmediato, y, si necesario, hasta que se emita una decisión de la Audiencia Imparcial, usted puede rehusar realizar el trabajo sin pérdida inmediata de beneficios.

Siga las instrucciones en la sección **¿Qué tal si usted recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios o un Aviso de la Intención de cambiar beneficios?** en la página 4 si usted recibe un Aviso de la Intención a raíz de un cambio en su estado médico del cual la Agencia no esté informada.

**¿Qué tal si se da un cambio en sus circunstancias que le exime de los requisitos de trabajo para cupones para alimentos?**

Si se da un cambio en sus circunstancias que cree le exime de los requisitos de trabajo (vea la lista en la página 2), favor de reportar el cambio a su Supervisor de su local de trabajo y a su Centro de Cupones para Alimentos.

### **¿Cuándo puede usted faltar a su asignación?**

Usted no tiene que presentarse a su asignación los días feriados celebrados por la Agencia, en sus días de observancia religiosa (a ser documentados), o cuando tenga "causa justificada".

### **¿Qué significa "causa justificada" para faltar al trabajo uno o varios días?**

"Causa justificada" incluye circunstancias ajenas a su voluntad incluyendo, enfermedad, emergencia familiar, servicio de jurado, citas en oficinas de HRA, o falta de acceso a transporte. "Causa justificada" también incluye entrevistas de empleo y empleo temporario o a tiempo parcial.

### **¿Qué tal si usted no puede venir a trabajar o si va a llegar tarde?**

Usted tiene que notificar a su Supervisor por teléfono tan pronto sepa que va a estar ausente o llegar tarde. Lleve a cabo su notificación antes de su hora programada de comienzo de trabajo. Si no lo hace, puede perder sus beneficios. Al regresar a su local de trabajo, debe traer toda documentación que pueda obtener de modo razonable para indicar la razón por la cual estuvo ausente o llegó tarde.

### **¿Qué tal si usted está ausente o llega tarde sin causa justificada, no notifica a su Supervisor de que estará ausente o llegará tarde, o no proporciona la documentación correspondiente?**

Si usted falta o llega tarde sin causa justificada, recibirá un aviso de incumplimiento de su asignación de trabajo. Puede recibir además un aviso por no notificar a su Supervisor o no proporcionar la documentación debida. Usted tendrá el derecho de solicitar una conferencia y/o una Audiencia Imparcial dentro del plazo indicado en el aviso.

### **¿Qué tal si usted recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios o un Aviso de la Intención de cambiar beneficios?**

Si usted recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios por incumplimiento de su asignación de trabajo, tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Sus beneficios continuarán sin cambio, a la espera de la decisión de la Audiencia Imparcial, mientras que usted haya solicitado una Audiencia Imparcial dentro del plazo indicado en el Aviso de la Intención.

**USTED TIENE DERECHO A 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 – ¿Piensa Usted que Estamos Equivocados?

### 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 conferencias 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. Sus beneficios se mantendrán sin cambios sólo si solicita una Audiencia Imparcial Estatal. (Refiérase a la sección Mantenimiento de Su[s] Beneficio[s].)

### 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**  
(Por favor guarde 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 Asistencia 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/eah/forms.asp>

**Qué Puede Esperar en 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 al Funcionario de la Audiencia informándole de 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 cómo 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 solicitar una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en **la primera página** de este aviso.

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Mantenimiento de Su(s) Beneficio(s):** Si nuestra decisión ha afectado sus beneficios y usted pide una Audiencia Imparcial dentro de diez (10) días desde la fecha de este aviso, le restauraremos sus beneficios al nivel que estaban antes de este aviso, hasta que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial.

Por favor tenga presente que si solicita sólo una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial, dentro del plazo indicado en la sección Mantenimiento de Su(s) Beneficio(s), sus beneficios no permanecerán los mismos.

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 repase nuestra decisión, debe solicitar un Audiencia Imparcial dentro de (90) días desde la fecha del aviso de asuntos de asignaciones de actividades de trabajo.

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:**

SAMPLE

Nombre en  
letra de molde: \_\_\_\_\_ Número de Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

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

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

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

## Notice of Food Stamp Recertification Appointment (W-129RR) Insert Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits

You have a right to:

- request that the Food Stamp in-office interview be waived in hardship situations. Hardship generally includes, but is not limited to, illness, transportation difficulties, care of a household member, hardship due to residency in a rural area, prolonged severe weather, or work or training hours that prevent you from coming during regular office hours.
- ask for an application for Food Stamp Benefits. This center must accept the application as long as it is signed and has a readable name (and address, if you have one).
- apply for Food Stamp Benefits in person, by mail, by fax or through an authorized representative. An interview may be required.

If all members of your household are now receiving Supplemental Security Income (SSI) or plan to apply for SSI, you may apply for Food Stamp Benefits at the Social Security Office instead of turning in your recertification form at the Food Stamp Center. If you choose to do this, the Social Security Office must receive your application by your Food Stamp Benefit expiration date, indicated on your Notice of Food Stamp Recertification Appointment (W-129RR). They will interview you and send your application and supporting documents to the Food Stamp Benefits Center to see if you can still get Food Stamp Benefits.

### What Happens If I Do Not Comply with the Interview Requirements?

If you submit your recertification application by \_\_\_\_\_ and are still eligible, you will receive uninterrupted Food Stamp Benefits. However, you will not get Food Stamp Benefits after \_\_\_\_\_ unless you are recertified. If you, a member of your household or your authorized representative do not turn in your recertification form, complete an interview and give any required documentation, you will not get Food Stamp Benefits unless you apply again and are eligible. If any proof is still needed after the interview, you will be told what you need to bring, and you will have at least ten (10) days to submit it. This decision is based on 18 NYCRR § 387.17.

### Services and Other Information

- If you are getting cash assistance, medical assistance or Food Stamp Benefits, you may be able to get a discount on your phone service. For information on LIFELINE, call Verizon toll-free at (800) 555-5000.
- Although you may no longer be eligible for cash assistance, Food Stamp Benefits or medical assistance, you still may be eligible for assistance with your heating costs by applying for the Home Energy Assistance Program (HEAP). Information on HEAP can be obtained by calling HEAP Central at (800) 692-0557.

**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.oda.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 Stamps 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:**

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

## **Aviso de Cita de Recertificación Cupones para Alimentos (W-129RR) Insert (S) Derechos respecto a la Entrevista/Solicitud de Cupones para Alimentos**

Usted tiene el derecho de:

- solicitar que la entrevista de Cupones para Alimentos en la oficina sea dispensada debido a dificultades. En general, se pueden citar algunas dificultades entre las cuales están incluidas, las enfermedades, el transporte, cuidar a un miembro del hogar, el residir en un area rural, mal tiempo prolongado, el trabajo u horas de capacitación que le impidan acudir durante un horario normal de oficina.
- pedir una solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos. Este centro debe aceptar la solicitud siempre y cuando esté firmada y tenga el nombre y (la dirección si la tiene) legible(s).
- solicitar Beneficios de Cupones para Alimentos en persona, por correo, por fax o a través de un representante autorizado, lo cual pueda requerir de una entrevista.

Si todos los miembros de su hogar actualmente reciben el Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income – SSI) o tiene planes para solicitar SSI, usted puede solicitar Beneficios de Cupones para Alimentos en la oficina del Seguro Social en vez de presentar su formulario de recertificación en el centro de Cupones para Alimentos. Si así decidiera hacerlo, el Centro del Seguro Social también debe recibir su solicitud para la fecha de vencimiento de sus Beneficios de Cupon es para Alimentos, indicada en su aviso de Recertificación de Cupones para Alimentos (**W-129RR [S]**). Ellos le entrevistarán y enviarán su solicitud con los documentos correspondientes al centro de Cupones para Alimentos para averiguar si usted aún tiene derecho a Beneficios de Cupones para Alimentos.

### **¿Qué Pasaría Si No Cumpló el Requisito de Entrevista?**

Si usted no presenta su solicitud de recertificación para el \_\_\_\_\_ y aún es elegible, recibirá

Último Día del Período de Certificación)

Beneficios de Cupones para Alimentos ininterrumpidos. Sin embargo, usted no recibirá Beneficios de Cupones para Alimentos después del \_\_\_\_\_ menos que se haya recertificado. Si usted, un miembro de

Último Día del Período de Certificación)

su hogar o su representante autorizado no devuelve(n) su formulario de recertificación, no se presenta(n) a una entrevista y proporciona(n) toda documentación solicitada, usted no recibirá Beneficios de Cupones para Alimentos, a menos que vuelva a solicitar y que tenga derecho a ello. Si se necesita alguna otra prueba después de la entrevista, se le informará respecto a los documentos precisos, y se le otorgará un plazo de diez días días para presentar los documentos en cuestión. Esta decisión se toma conforme a 18 NYCRR § 387.17.

### **Servicios y Otras Informaciones**

- Si usted recibe asistencia en efectivo, asistencia médica o Beneficios de Cupones para Alimentos, tal vez pueda recibir un descuento en su servicio de teléfono. Para más información sobre LIFELINE, llame gratuitamente a Verizon al (800) 555-5000.
- Aunque ya no sea elegible para asistencia en efectivo, Beneficios de Cupones para Alimentos o asistencia médica, usted todavía puede ser elegible para asistencia con sus gastos de calefacción solicitando al Programa de Asistencia para Energía en el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP). Información sobre HEAP se puede obtener llamando a la Central de HEAP al (800) 692-0557.

**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 Asistencia 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/eah/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 cómo 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 noventa (90) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de Cupones para Alimentos.

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 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:**

# 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: \_\_\_\_\_  
Worker Telephone: \_\_\_\_\_  
FH&C Telephone: \_\_\_\_\_

### Notice of Intent to Discontinue Food Stamp Benefits (Timely)

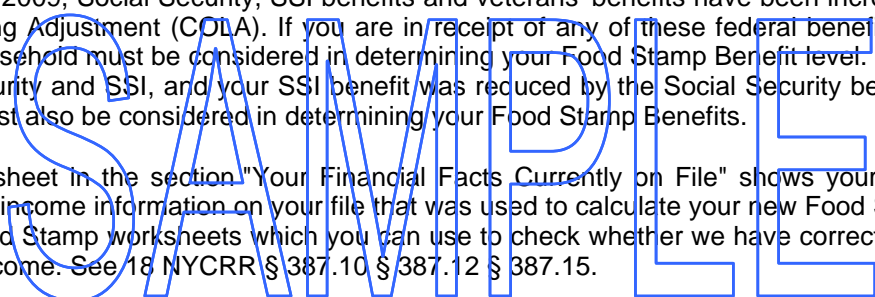
The Agency's decision(s) regarding your assistance program(s) is/are explained below:

#### FOOD STAMPS

This is to inform you that we intend to discontinue your Food Stamps Benefits effective \_\_\_\_\_. The reason we are taking this action is as follows: date

Beginning January 2009, Social Security, SSI benefits and veterans' benefits have been increased by 5.8% due to the Cost of Living Adjustment (COLA). If you are in receipt of any of these federal benefits, this increase in income to your household must be considered in determining your Food Stamp Benefit level. If you are in receipt of both Social Security and SSI, and your SSI benefit was reduced by the Social Security benefit increase, that income change must also be considered in determining your Food Stamp Benefits.

The financial fact sheet in the section "Your Financial Facts Currently on File" shows your new Food Stamp amount and all the income information on your file that was used to calculate your new Food Stamp amount. We have enclosed Food Stamp worksheets which you can use to check whether we have correctly determined your net Food Stamp income. See 18 NYCRR § 387.10 § 387.12 § 387.15.



\_\_\_\_\_  
JOS/Worker Date Supervisor 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.**

## Your Financial Facts Currently on File

**Previous Net Food Stamp Income**

**Previous Monthly FS Allotment**

**New Net Food Stamp Income**

**New Monthly FS Allotment**

**A. Monthly Income**

1a.	Monthly gross income from employment or training	
1b.	Monthly income from self-employment	
1c.		
2a.	Net monthly income from boarder(s)	
2b.	Net monthly income from lodger(s)	
3.	Total of lines 1 and 2	
4a.	Monthly gross unearned income	
4b.		
4c.		
5.	Monthly income from educational loans/scholarships	
6.	Total of lines 3, 4 and 5	

**B. Deductions**

7.	20% of line 3	
8.	Standard deductions - monthly	
9.	Monthly child care/dependent care costs (maximum \$200.00 per child/dependent under 2 years or \$174.00 per child over 2 years)	
9a.	Monthly legally obligated child support payment	
10.	Monthly automated recoupment (from cash assistance grant)	
10a.	Monthly homeless shelter deduction (\$143.00) or actual expense, whichever is greater	
11.	Monthly tuition and mandatory fees	
12a.	Monthly medical expense (less \$35 deductible)	
12b.		
13.	Total of lines 7, 8, 9, 9a, 10, 10a, 11 and 12	

**C. Adjusted Income**

14. Subtract B from A (line 13 from line 6)	
---	--

**D. Shelter Costs**

15. Monthly rent or mortgage billed to household (for public assistance hotel emergency/shelter cases enter maximum shelter allowance for family size)	
16. Monthly heating expense	
17. Monthly utility expense	
18. Monthly telephone expense	
19. Other monthly shelter allowance (real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)	
20. Total of lines 15, 16, 17, 18 and 19	<b>D. \$</b>

**E. Food Stamp Net Income**

21. Excess shelter deduction (line 20 minus 1/2 of line 14)	
22. Monthly net Food Stamp income (subtract line 21 from line 14)	
23. Monthly coupon amount	<b>E. \$</b>

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 the 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 your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

**INFORMATION:** If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on page 1 of 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. However, Food Stamp benefits cannot be continued beyond the last date of your Food Stamp certification period if you failed to recertify your Food Stamp case (see 18 NYCRR § 358-3.6).

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 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:**

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

Name \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_

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

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

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

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

### **Aviso de la Intención de Descontinuar los Beneficios de Cupones para Alimentos (A Tiempo Definido)**

La(s) decisión(es) de la Agencia con respecto a su(s) programa(s) se explica(n) abajo:

#### **CUPONES PARA ALIMENTOS**

Por el presente le informamos que tenemos la intención de descontinuar sus Beneficios de Cupones para Alimentos a partir de \_\_\_\_\_.

(Fecha)

A partir de enero de 2009 los beneficios de Seguro Social, de SSI y de veteranos han sido aumentados por un 5.8% debido al Reajuste por Variación del Costo de Vida (Cost of Living Adjustment - COLA). Si usted recibe cualquiera de estos beneficios federales, este aumento en el ingreso de su hogar debe tomarse en cuenta en el cálculo del nivel de sus beneficios de Cupones para Alimentos. Si usted recibe ambos beneficios de Seguro Social y de SSI, y su beneficio de SSI fue reducido por el aumento en el beneficio de Seguro Social, también debe tomarse en cuenta tal cambio en el ingreso a la hora de calcular sus Beneficios de Cupones para Alimentos.

La hoja de datos financieros en la sección "Sus Datos Financieros Actualmente en Archivo" contiene su nueva cantidad de Cupones para Alimentos, al igual que toda la información relativa a su ingreso que se utilizó para calcular su nueva cantidad de Cupones para Alimentos. Hemos incluido hojas de cálculo de presupuesto que le servirá para revisar si hemos calculado correctamente su ingreso neto de Cupones para Alimentos. Vea 18 NYCRR § 387.10 § 387.12 § 387.15.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

## Sus Datos Financieros Actualmente en Archivos

**Ingreso Neto Anterior de Cupones para Alimentos**

**Asignación Mensual Anterior de Cupones para Alimentos**

**Nuevo Ingreso Neto de Cupones para Alimentos**

**Nueva Asignación Mensual de Cupones para Alimentos**

### A. Ingreso Mensual

1a.	Ingreso bruto mensual de empleo o capacitación	
1b.	Ingreso neto mensual de trabajo por cuenta propia	
1c.		
2a.	Ingreso neto mensual procedente de huésped(es)	
2b.	Ingreso neto mensual por inquilino(s)	
3.	Total de las líneas 1 y 2	
4a.	Ingreso bruto mensual no devengado	
4b.		
4c.		
5.	Ingreso mensual de préstamos y becas escolares	
6.	Total de las líneas 3, 4 y 5	

### B. Deducciones

7.	El 20% de la línea 3	
8.	Deducciones normales- mensuales	
9.	Costos mensuales cuidado infantil/ de dependientes (\$200 máximo por niño/dependiente menor de 2 años o \$174.00 por niño mayor de 2 años)	
9a.	Pago mensual legalmente obligado de manutención de niños	
10.	Recuperación automática mensual (de la concesión de asistencia en efectivo)	
10a.	La mayor de las dos siguientes cantidades: la deducción mensual de refugio para desamparados (\$143.00) o el gasto actual.	
11.	Matrícula mensual y tarifas obligatorias	
12a.	Gasto médico mensual (menos \$35 deducibles)	
12b.		
13.	Total de las líneas 7, 8, 9, 9a, 10, 10a, 11 y 12	

### C. Ingreso Ajustado

14. Restar B de A (línea 13 de la línea 6)	
--	--

### D. Gastos por Refugio

15.	Alquiler mensual o hipoteca actualmente facturada a la familia (para casos de emergencia de hotel/refugio de asistencia pública, anote la asignación máxima de refugio para el tamaño de su familia)	
16.	Asignación mensual para gastos de calefacción.	
17.	Asignación mensual para gastos de servicios públicos	
18.	Asignación mensual para gastos telefónicos	
19.	Otros gastos mensuales de refugio (impuestos de bienes raíces, seguro, instalación de servicios públicos, etc.)	
20.	Total de las líneas 15, 16, 17, 18 y 19	<b>D. \$</b>

### E. Ingreso Neto de Cupones para Alimentos

21.	Deducción excesiva de refugio (la línea 20 menos la 1/2 de la línea 14)	
22.	Ingreso neto mensual de cupones para alimentos (restar línea 21 menos línea 14)	
23.	Cantidad mensual de cupones	<b>E. \$</b>

S.A.M.I.L.E.

## 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) 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 escríbanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **primera página** de este aviso.

### PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

**Mantenimiento de Sus Beneficios:** Sus beneficios continuarán sin cambios, hasta que se emita una decisión por parte de la Audiencia Imparcial, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de entrega en vigor indicada en el presente aviso. Sin embargo, los beneficios de Cupones para Alimentos no pueden continuarse pasada la última fecha de su período de certificación de Cupones para Alimentos si usted no recertifico su caso de Cupones para Alimentos vea (see 18 NYCRR § 358-3.6).

Favor de recordar que si sólo solicita una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal dentro del plazo indicado en la sección: "Mantenimiento de sus Beneficios", sus beneficios no permanecerán sin cambios.

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  
letra de  
molde:

Nombre

Apellido

Número de Caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

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



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Job Center/NCA FS Center: \_\_\_\_\_  
Worker Telephone No: \_\_\_\_\_  
FH&C Telephone No: \_\_\_\_\_

**Action Taken on Your Request for Replacement of Food Stamp Benefits Stolen from the EBT System**

On \_\_\_\_\_, you requested replacement of Food Stamp benefits stolen from the EBT system.  
(date)

Your request has been accepted. You will receive \$ \_\_\_\_\_ for the period \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_.

Your request has been denied because:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Date

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

\_\_\_\_\_  
Date

Replacement of stolen Food Stamp benefits:

Benefits may be replaced if they were stolen due to an Agency error (e.g. participant submitted a request to restrict a PIN but the Agency failed to take action and benefits were subsequently stolen from the system).

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

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

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

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

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

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo/  
Centro de NCA FS: \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono  
del Trabajador: \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono de  
FH&C: \_\_\_\_\_

**Medidas Tomadas con Respecto a su Petición  
de Reemplazo de Beneficios de Cupones Para Alimentos  
Robados del Sistema de EBT**

El \_\_\_\_\_, usted solicitó reemplazo para beneficios de Cupones Para Alimentos robados del sistema.  
(Fecha)

Su solicitud ha sido aceptada. Usted recibirá \$ \_\_\_\_\_ para el período de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Su solicitud ha sido rechazada porque:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

Reemplazo de beneficios de Cupones para Alimentos robados:

Los cupones son reemplazables si fueron robados debido a un error por parte de la Agencia (p.ej., el participante presentó una petición de restricción al PIN [Número de Identificación Personal], pero la Agencia no tomó las medidas necesarias y los beneficios fueron posteriormente robados del sistema).

**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) 473-5735**.

**(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) 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 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 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. **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  
Molde: \_\_\_\_\_ Núm. del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre I. Apellido

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

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

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

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

### Notice of Intent to Reduce Food Stamp Benefits to Recover Overissuance (Timely and Adequate)

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

#### FOOD STAMPS

This notice is to advise you that we intend to reduce your monthly Food Stamp Benefits from \$ \_\_\_\_\_ to \$ \_\_\_\_\_, beginning the month of \_\_\_\_\_.

Your new Food Stamp benefits will be \$ \_\_\_\_\_, effective \_\_\_\_\_, and until \_\_\_\_\_.

The amount of your monthly benefit reduction is based on:

- 10 percent (%) of the benefit you would otherwise be entitled to, or \$10.00, whichever is greater.
- 20 percent (%) of the benefit you would have received if your household member(s) had not been disqualified for an intentional program violation, or \$10.00, whichever is greater.
- The amount you agreed to pay.

The reason(s) we are taking this/these action(s) is/are indicated below, next to the checked  box(es).

- You have failed to agree to repay an overpayment in the amount of \$ \_\_\_\_\_, as we requested in our letter of (specify):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- You have failed to comply with the repayment agreement you previously made with us, and you still owe \$ \_\_\_\_\_.
- You agreed to repay an overpayment of \$ \_\_\_\_\_ by having your monthly benefit reduced.

The law(s) and regulation(s) which allow(s) us to do this is/are: 18NYCRR § 387.19.

\_\_\_\_\_  
JOS/Worker

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Supervisor

\_\_\_\_\_  
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, 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 the 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 **HRADivision of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

**INFORMATION:** If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on page 1 of 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 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, Food Stamp benefits cannot be continued beyond the last date of your Food Stamp certification period if you failed to recertify your Food Stamp case (see 18 NYCRR § 358-3.6).

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.**

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

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

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

SAMPLE

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

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

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

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

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

### Aviso de la Intención de Recuperar Exceso de Pagos Reduciendo Los Beneficios de Cupones para Alimentos (A Tiempo Definido y Adecuado)

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

#### CUPONES DE ALIMENTOS

Este aviso es para informarle que tenemos la intención de reducir sus Beneficios de Cupones para Alimentos de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_, comenzando el mes de \_\_\_\_\_ (fecha).

Sus nuevos Beneficios de Cupones de Alimentos serán de \$ \_\_\_\_\_, a partir del \_\_\_\_\_ (fecha), y hasta \_\_\_\_\_ (fecha).

La cantidad de la reducción de su beneficio mensual se basa en:

- La mayor de las dos siguientes cantidades: 10% del beneficio al que usted normalmente tendría derecho, o \$10.00.
- La mayor de las dos siguientes cantidades: 20% del beneficio que usted hubiera recibido si el/los miembro(s) de su familia no hubiera(n) sido descalificado(s) por una violación intencional del programa, o diez dólares (\$10.00).
- La cantidad que usted acordó reembolsar.

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

- Usted no ha acordado reembolsar el sobrepago por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_, como lo solicitamos en nuestra carta del (especifique):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Usted no ha cumplido lo que acordó con nosotros anteriormente con respecto al reembolso, \$ \_\_\_\_\_.

- Usted acordó en reembolsar un exceso de pago por \$ \_\_\_\_\_ mediante una reducción de su beneficio mensual.

La(s) disposición(es) legal(es) y reglamentaria(s) que nos permite(n) hacer esto es/son: **18 NYCRR § 387.19.**

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Supervisor 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 (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 obogacía 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. 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 Sus Beneficios:** Sus beneficios permanecerán sin cambios hasta que la Audiencia Imparcial emita una decisión, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en este aviso. Si nuestra decisión afecta 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 hallaban antes del aviso, hasta que la Audiencia Imparcial emita una decisión. Sin embargo, los beneficios de Cupones para Alimentos no pueden continuarse pasada la última fecha del período de su certificación de Cupones para Alimentos si usted no ha recertificado su caso de Cupones para Alimentos (vea 18 NYCRR § 358-3.6).

Favor de recordar que si sólo solicita una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, dentro del plazo indicado en la sección: "Mantenimiento de Sus Beneficios", sus beneficios no permanecerán sin cambios.

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 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 pública, asistencia médica y servicios sociales, y noventa (90) días para asuntos de Cupones para Alimentos.

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 Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Número de Caso: \_\_\_\_\_

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

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

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

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center Name/Number: \_\_\_\_\_  
Telephone Number: \_\_\_\_\_  
Fax Number: \_\_\_\_\_

### Food Stamp Recertification Notice (F61)

Under Food Stamp Program rules, your Food Stamp benefits will expire on \_\_\_\_\_.  
If you wish to continue to receive Food Stamp benefits, you must file a new application before your expiration date.

- Due to your current homebound status, your application will be processed by mail.
- If you are a resident of a group home and have a New York State Resource Agent, the Agent will file an application on your behalf. If your Agent files the application on your behalf, this notice will be for information only. If you do not have a Resource Agent, either you or your authorized representative must complete, sign and return the enclosed Application/Recertification (**LDSS-4826**). We have also enclosed the Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**) which explains the documentation requirements.

We must receive your application form by \_\_\_\_\_, to ensure that you receive uninterrupted Food Stamp benefits. The application should be as complete as possible, but we must accept it, if at a minimum, it contains your name, address and your signature.

Food Stamp regulations require that in addition to a signed application for Food Stamp benefits, applicants must submit various items of documentation. In addition to the Food Stamp Benefits Application/Recertification (**LDSS-4826**), we have enclosed the Eligibility Factors and Suggested Documentation Guide (**W-119D**), which explains the documentation requirements.

**Failure to file an application for recertification and to submit required documentation will result in the delay and possible discontinuation of your Food Stamp benefits.**

Please return this letter to us in the enclosed self-addressed envelope along with the following:

1. Completed and signed application (**LDSS-4826**)
2. Required documentation (photocopies advised) as indicated on Form **W-119D**
3. Your telephone number or the name and telephone number of an individual who will act as your authorized representative  
Your telephone number \_\_\_\_\_ or  
Name of authorized representative \_\_\_\_\_ and  
Telephone number of authorized representative \_\_\_\_\_
4. The most convenient time for us to call you or your representative \_\_\_\_\_

**BE SURE TO READ YOUR INTERVIEW/APPLICATION RIGHTS FOR FOOD STAMP BENEFITS  
AND THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION  
SECTIONS OF THIS NOTICE.**

## Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits

You have a right to:

- request that the Food Stamp in-office interview be waived in hardship situations. Hardship generally includes, but is not limited to, illness, transportation difficulties, care of a household member, hardship due to residency in a rural area, prolonged severe weather or work or training hours that prevent you from coming during regular office hours.
- ask for an application for Food Stamp benefits. This office must accept the application as long as it is signed and has a readable name (and address, if you have one).
- apply for Food Stamp benefits in person, by mail, fax or through an authorized representative. An interview may be required.

If all members of your household are now receiving Supplemental Security Income (SSI) or plan to apply for SSI, you may apply for Food Stamp benefits at the Social Security office instead of turning in your recertification form at the Food Stamp Office. If you choose to do this, the Social Security office must also get your application by the date noted at the top of page 3 in the Food Stamp Benefits section of this notice. They will interview you and send your application and supporting documents to the Food Stamp Office to see if you can still get Food Stamp benefits.

### Services and Other Information

- Social services may provide information and education about family planning for up to 90 days from the effective date stated in this notice. A loss of Cash Assistance and medical assistance benefits will require a redetermination of your eligibility for social services within 30 days of such a decision. This does not necessarily mean that services will be terminated. It means that your continuing eligibility for these services will have to be predetermined. For further information, please contact your Worker.
- If you are getting Cash Assistance, medical assistance or Food Stamp benefits, you may be able to get a discount on your phone service. For information on LIFELINE, call Verizon toll-free at (800) 555-5000.
- Although you may no longer be eligible for Cash Assistance, Food Stamp benefits or medical assistance, you still may be eligible for assistance with your heating costs by applying for the Home Energy Assistance Program (HEAP). Information on HEAP can be obtained by calling HEAP Central at (800) 692-0557.

## 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, 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.

**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: \_\_\_\_\_  
Nombre del Centro/Número: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Número de Fax: \_\_\_\_\_

### Aviso de Recertificación de Cupones para Alimentos (F61)

Conforme al las reglas del Programa de Cupones para Alimentos, sus beneficios de Cupones para Alimentos se vencerán el \_\_\_\_\_.

Si usted desea continuar recibiendo beneficios de Cupones para Alimentos, debe presentar una nueva solicitud antes de su fecha de vencimiento.

- Debido a su confinamiento actual al hogar, su solicitud se tramitará por correo.
- Si usted reside en un hogar en común y tiene un Asistente Administrativo del Estado de Nueva York, el Asistente presentará una solicitud a nombre suyo. Si su Asistente presenta la solicitud a nombre suyo, el presente aviso será sólo a título informativo. Si no tiene un Asistente Administrativo, usted o su representante autorizado debe llenar, firmar y devolver el adjunto Solicitud/Recertificación de Cupones Para Alimentos (**LDSS-4826-SP**). Además, hemos adjuntado la Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida (**W-119D [S]**) que explica los requisitos documentales.

Debemos recibir su formulario de solicitud para \_\_\_\_\_, para garantizar que usted siga recibiendo beneficios de Cupones para Alimentos ininterrumpidos. La solicitud debe llenarse lo completamente posible, pero nosotros debemos aceptarla, si como mínimo, contiene su nombre, dirección y firma.

Las reglas de Cupones para Alimentos estipulan que además de una solicitud firmada de beneficios de Cupones para Alimentos, los solicitantes deben presentar varios documentos. Además de la Solicitud/Recertificación de Cupones Para Alimentos (**LDSS-4826-SP**), hemos adjuntado la Guía de Factores de Elegibilidad y Documentación Sugerida (**W-119D [S]**) que explica los requisitos documentales.

**El no presentar solicitud para recertificación y presentar los documentos estipulados, como debido, resultará en atraso y la posible discontinuación de sus beneficios de Cupones para Alimentos.**

Favor de devolvernos esta carta en el sobre adjunto con dirección del remitente junto con lo siguiente:

1. Solicitud (**LDSS-4826-SP**) llenada y firmada.
2. Documentación requerida (se aconsejan fotocopias) como se indica en el Formulario **W-119D (S)**.
3. Su número de teléfono o el nombre y número de teléfono de una persona autorizada por usted para actuar como su representante  
Su número de teléfono \_\_\_\_\_ o  
Nombre del representante autorizado \_\_\_\_\_ y  
Número de teléfono del representante autorizado \_\_\_\_\_
4. La hora más conveniente en que le podemos llamar a usted o su representante es \_\_\_\_\_

**ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE DERECHOS RELATIVOS A SU ENTREVISTA/SOLICITUD DE BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS Y LA INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

## Derechos Relativos a su Entrevista/Solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos

Usted tiene el derecho de:

- solicitar que se le excuse de la entrevista de Cupones para Alimentos en la oficina debido a dificultades. Normalmente esto incluye entre otros, enfermedad, dificultades con el transporte, cuidado de un miembro del hogar, domicilio en una zona rural, mal tiempo prolongado, horas de trabajo u horas de capacitación que le impidan acudir durante un horario normal de oficina.
- pedir una solicitud de beneficios de Cupones para Alimentos. Esta oficina tiene que aceptar la solicitud siempre y cuando esté firmada y contenga el nombre (y la dirección, si tiene) de manera legible(s).
- solicitar Beneficios de Cupones para Alimentos en persona, por correo, fax o a través de un representante autorizado. Puede que se requiera una entrevista.

Si todos los miembros de su hogar actualmente reciben el Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income – SSI) o tienen planes de solicitar SSI, usted puede solicitar beneficios de Cupones para Alimentos en la oficina del Seguro Social en vez de presentar su formulario de recertificación a la Oficina de Cupones para Alimentos. Si decide hacerlo de esta manera, la oficina de Seguro Social también tiene que recibir su solicitud antes de la fecha indicada en la parte superior de la página 3 de la sección de Cupones para Alimentos de este aviso. Ellos le entrevistarán y enviarán su solicitud con documentos correspondientes a la oficina de beneficios de Cupones para Alimentos para determinar si aún usted puede recibir beneficios de Cupones para Alimentos.

### Servicios y Otras Informaciones

- La oficina de Servicios Sociales puede proporcionar información y educación sobre la planificación familiar por un período máximo de 90 días a partir de la fecha de vigencia indicada en este aviso. Si se pierden los beneficios de Asistencia en Efectivo y médica será necesario redeterminar su elegibilidad para servicios sociales dentro de 30 días de dicha decisión. Esto no necesariamente significa que estos servicios serán suspendidos, significa que su elegibilidad continua para estos servicios tendrá que ser determinada nuevamente. Favor de comunicarse con su Trabajador, para más información.
- Si usted recibe Asistencia en Efectivo, asistencia médica o beneficios de Cupones para Alimentos, tal vez pueda recibir un descuento en su servicio de teléfono. Llame gratuitamente a Verizon al (800) 555-5000, para más información sobre LIFELINE.
- Aunque ya no sea elegible para Asistencia en Efectivo, beneficios de Cupones para Alimentos o asistencia médica, usted aún puede ser elegible para asistencia con sus gastos de calefacción solicitando al Programa de Asistencia para Energía en el Hogar (Home Energy Assistance Program – HEAP). Información sobre HEAP se puede obtener llamando a la Central de HEAP al (800) 692-0557.

## 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 Asistencia 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/bah/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 de 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 cómo 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 de Asistencia Temporal y 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: \_\_\_\_\_

Nombre

I.

Apellido

Núm. del Caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

### Notice of Voluntary Restriction of Food and Other Grant and/or Energy Allowance (Timely)

As per your request, \$ \_\_\_\_\_ from your semimonthly Food and Other Grant will be restricted effective \_\_\_\_\_ for payment toward your excess rent.

The amount we will now send to your landlord semimonthly is \_\_\_\_\_. This will reduce the amount of cash you will receive.

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

Landlord's Address: \_\_\_\_\_  
Address Line 1  
City State Zip Code

As per your request, your semimonthly Energy Allowance will be restricted effective \_\_\_\_\_ as a direct vendor payment to your utility company:

Company Name: \_\_\_\_\_

Company's Address: \_\_\_\_\_  
Address Line 1  
City State Zip Code

Participating households may discontinue this arrangement at any time. To receive unrestricted payments, send a written request to your Worker asking to terminate the voluntary agreement. The restriction will be terminated within thirty (30) days after the receipt of the written request.

\_\_\_\_\_  
JOS/Worker Signature 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. If you ask only 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 benefit(s) will continue unchanged, until a Fair Hearing decision is issued, if you ask for a Fair Hearing before the effective date stated in this notice.

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 public assistance and/or medical issues.

**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.

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

Street Apt. City State Zip Code

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

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

### Aviso de Restricción Voluntaria de la Asignación de Comidas y Otro Subsidio y/o de Asignación de Electricidad y Gas (A tiempo definido)

A petición suya, la cantidad de su Asignación de Comidas y Otro Subsidio será restringida por \$ \_\_\_\_\_ a partir del \_\_\_\_\_ para ayudar con su pago de exceso de alquiler.

La cantidad enviada quincenalmente a su casero será \$ \_\_\_\_\_. Por lo tanto, la cantidad en efectivo que usted recibe será reducida.

Nombre del Casero: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección del Casero: \_\_\_\_\_  
Dirección Línea 1  
Ciudad Estado Código Postal

A petición suya, la cantidad de su Asignación de Electricidad y Gas será restringida al partir del \_\_\_\_\_ como pago directo del contratista a su compañía de electricidad y gas:

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía: \_\_\_\_\_  
Dirección Línea 1  
Ciudad Estado Código Postal

Las personas en el programa de Asistencia Familiar (Family Assistance) pueden descontinuar este arreglo en cualquier momento. Para recibir pagos sin restricciones, envíe una solicitud por escrito a su trabajador pidiendo que termine el acuerdo voluntario. La restricción será terminada dentro de treinta (30) días del recibir la solicitud por escrito.

\_\_\_\_\_  
JOS/Trabajador Fecha 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. 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 Su(s) Beneficio(s).)

### 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) 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 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 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 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 la 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 y/o asistencia médica.

**Nota:** Si su situación resulta extremadamente grave favor de explicarla, el Estado intentara procesar su solicitud para 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.

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 \_\_\_\_\_ Núm. del Caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Notice to Participant Receiving Restricted Rent Checks (Timely)**

Our records indicate that your shelter allowance is restricted.

Beginning \_\_\_\_\_ you will no longer receive two-party rent checks; we will send  
(Date)

the rent directly to your Landlord/Management Agent as indicated below:

- New York City Housing Authority (NYCHA)
- Housing Preservation and Development (HPD)
- Other (specify): \_\_\_\_\_

**Until the change takes place, continue to give all two-party rent checks to your Landlord.**

**SAMPLE**

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

\_\_\_\_\_  
Date

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

\_\_\_\_\_  
Date

The law(s) and/or regulation(s) which allow(s) us to do this is/are: 18 NYCRR § 381.1(b), § 381.2(a),(b) and § 381.3(c)(3).

---

**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**

**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, 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.

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

### **Aviso para los Participantes que Reciban Cheques para Alquiler Restringido (A tiempo)**

Nuestros expedientes indican que su concesión para refugio ha sido restringida.

A partir del \_\_\_\_\_, usted ya no recibirá cheques de alquiler a nombre de dos partes pues  
(Fecha)

le enviaremos el pago para el alquiler directamente a su Casero/Agente Administrador indicado a continuación:

- New York City Housing Authority (NYCHA) – Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Nueva York
- Housing Preservation and Development (HPD) – Desarrollo Y Preservación de la Vivienda
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Hasta que se lleve a cabo este cambio, continúe entregando todos los cheques a nombre de dos partes para alquiler a su Casero.**

SAMPLE

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

La(s) Ley(es) y/or Disposición(es) reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de esta forma es/son: 18 NYCRR § 381.1(b), § 381.2 (a),(b) y § 381.3(c)(3).

**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. 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 Su[s] Beneficio[s].)

### 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  
The 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 Asistencia 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/bah/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 cómo 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 Su(s) Beneficio(s):** 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. Sin embargo, si no recertifica su caso de beneficios de Cupones para Alimentos, de ninguna manera continuarán después de la última fecha del periodo de certificación de Cupones para Alimentos (refiérase a 18 NYCRR § 358-3.6).

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 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:**

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: \_\_\_\_\_  
ACCIS Number: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
FH&C Phone: \_\_\_\_\_

**Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits**  
(Timely and Adequate)

This Agency intends to **discontinue** your payment of child care benefits, effective \_\_\_\_\_ Date

The reason for this action is:

- Employment Sanction**  
You have willfully and without good cause either failed to comply with or failed to report to a mandated work-related activity.
- Programmatically Ineligible\***
  - You are not participating in a work-related activity.
  - Your child(ren) is/are no longer under the age of 13.
- Insufficient Documentation**  
The documentation requested has not been provided to this Agency.

SAMPLE

- Cash Assistance Case Closed\*\***  
Cash assistance cases closed for employment may be eligible for Transitional Child Care benefits.
- Financially Ineligible**  
Your household income exceeds the limit for publicly funded child care.
- No Longer Employed**  
You are no longer employed and therefore no longer entitled to Transitional Child Care benefits.

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are: 18 NYCRR § 404.1, § 404.5, § 415.2, § 415.3, § 415.7, § 415.8, and 18 NYCRR § 385.4.

\*Children between the ages of 13 and 19 who have been identified as special needs are considered programmatically eligible for child care benefits.  
\*\*Cash Assistance cases closed for employment may be eligible for Transitional Child Care benefits. Please call (212) 835-7681 for more information.

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.  
BE SURE TO READ THE ENCLOSED CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION  
SECTION ON PAGES 2 AND 3 OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

(Vea al dorso)

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número de Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Número de ACCIS: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Teléfono de FH&C: \_\_\_\_\_

**Aviso de la Intención de Discontinuar los Beneficios de Cuidado Infantil**  
(Oportuna y Adecuadamente)

Esta Agencia tiene la intención de **discontinuar** su pago de beneficios de cuidado infantil, a partir de \_\_\_\_\_  
Fecha

Esta medida se debe al siguiente motivo:

- Sanción de Empleo**  
Usted no ha cumplido o no se ha presentado intencionadamente a una actividad de trabajo obligatoria.
- No Reune los Requisitos del Programa\***
  - Usted no está participando en actividades de trabajo.
  - Su(s) niño(s) ya no tienen menos de 13 años de edad.
- Documentación Insuficiente**  
La documentación solicitada a esta Agencia no ha sido proporcionada.
- Caso de Asistencia en Efectivo Cerrado\*\***  
Los casos de asistencia en efectivo cerrados por empleo pueden ser elegibles para beneficios de cuidado infantil de Transición.
- Económicamente Inelegible**  
Los ingresos del hogar sobrepasan el límite de cuidado infantil subsidiado por el gobierno.
- Actualmente Desempleado**  
Debido a que usted ya no está trabajando, no tiene derecho a beneficios de Cuidado Infantil de Transición.

Las leyes y/o disposiciones reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal forma son: 18 NYCRR § 404.1, 404.5, 415.2, 415.3, 415.7, 415.8, y 18 NYCRR § 385.4.

\*A los niños con edad de 13 a 19 años a quienes se hayan reconocido tener alguna necesidad especial se les considera elegibles con respecto al programa para beneficios de cuidado infantil.

\*\*Los casos de Asistencia en Efectivo cerrados por empleo pueden ser elegibles para beneficios de Cuidado Infantil de Transición. Favor de llamar al (212) 835-7681 para más información.

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN ADJUNTA DE INFORMACIÓN  
SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES  
EN LAS PÁGINAS 2 Y 3 DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

(See reverse)

## 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."

## 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:  
**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).

**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 child care 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: \_\_\_\_\_

**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 cuidado infantil.

Si no puede comunicarse por teléfono, por fax, en persona, o por Internet con la Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados (Office of Temporary and Disability Assistance), favor de solicitar una Audiencia Imparcial por escrito 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: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Worker Tel. No.: \_\_\_\_\_  
FH&C Tel. No.: \_\_\_\_\_

### Notification of Regulation on Continuous Medicaid Coverage for Children Under 19 Years of Age

This notice is to provide you with important news about your child(ren) and Medicaid. Because of Social Service Law § 366(4)(q)(1) and 366(4)(s), your child(ren) may be eligible for continuous Medicaid coverage.

**The law may apply to your medical assistance case.** However, there is no change in the status of your public assistance case.

The law provides reimbursement to eligible individuals or anyone else who paid for an eligible individual's medical care, services or supplies that would have been covered by the New York State Medicaid program during the purchase time the Medicaid case was closed.

Read the enclosed form, "Fact Sheet for Submission of Documentation for Reimbursement of Paid Medicaid Bills or Dental Bills" (**W-299M**), for instructions on submitting medical bills. You may receive reimbursement at the Medicaid rate, which may be less than the amount you paid.

In order to determine your eligibility, please contact our office (see address listed above), and bring with you the following information:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
JOS/Worker Date Supervisor 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.**

Enclosure: "Fact Sheet for Submission of Documentation for Reimbursement of Paid Medicaid Bills or Dental Bills" (**W-299M**)

## 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/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:** 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 medical 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: \_\_\_\_\_

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

### **Aviso de la Regla Respecto a Cobertura Continua de Medicaid para Niños Menores de 19 Años de Edad**

Por el presente aviso le comunicamos la noticia importante respecto a su(s) niño(s) y Medicaid. A raíz de la Ley de Servicio de Asistencia Social (Social Service Law) § 366(4)(q)(1) y 366(4)(s), puede que su(s) niño(s) tengan derecho a cobertura continua de Medicaid.

**Puede que la ley en cuestión afecte su caso de asistencia médica.** Sin embargo, el estado de su caso de asistencia pública no ha cambiado.

La ley dispone reembolso para aquellas personas elegibles o para cualquier otra que le haya pagado a alguien elegible la atención, servicios, suministros médicos que hubieran sido cubiertos por el programa de Medicaid del Estado de Nueva York durante el período en que se incurrieron dichos gastos mientras el caso de Medicaid estuvo cerrado.

Lea el formulario adjunto: "Hoja de Datos para la Presentación de Documentos Relativos al Reembolso de Cuentas Saldadas de Medicaid o Dentales" (**W-299M [S]**) para instrucciones sobre cómo presentar cuentas médicas. Puede ser que usted reciba reembolso conforme a la tasa de Medicaid, cantidad que podría ser inferior a la que usted ha pagado.

Para poder determinar si usted tiene derecho a esta cobertura continua para su(s) niño(s), favor de comunicarse con nuestra oficina (vea dirección más abajo), y de traer consigo los siguientes datos:

---

---

---

_____ JOS/Trabajador	_____ Fecha	_____ 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.**

Adjunto: "Hoja de Datos para la Presentación de Documentos Relativos al Reembolso de Cuentas Saldadas de Medicaid o Dentales" (**W-299M [S]**)

## 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) 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 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 médica.

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: \_\_\_\_\_