



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 #11-65-OPE

REVISIONS TO FORMS W-500EE, W-500FF, W-500T, AND W-500Y

<p>Date: July 1, 2011</p>	<p>Subtopic(s): Forms</p>
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center staff that the following forms have been revised to reflect the Agency’s most current terminology, software and logo:</p> <p>W-500EE Credentialed Alcohol and Substance Abuse Counselor (CASAC) Referral to a Substance Abuse Service Center W-500FF Employment Assistance Referral Letter W-500T Mandatory Substance Abuse Assessment W-500Y Mandatory POISED Assessment Appointment</p> <p>Job Center Directors must ensure that all previous versions of the W-500EE, W-500FF, W-500T, and W-500Y and their multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.</p> <p>Samples of the revised forms are attached.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p>Related Items:</p> <p>Employment Process Manual PB #07-07-EMP PB #04-190-EMP</p>

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

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

Attachments:

W-500EE	Credentialed Alcohol and Substance Abuse Counselor (CASAC) Referral to a Substance Abuse Service Center (Rev. 7/1/11)
W-500FF	Employment Assistance Referral Letter (Rev. 7/1/11)
W-500FF (S)	Employment Assistance Referral Letter (Spanish) (Rev. 7/1/11)
W-500T	Mandatory Substance Abuse Assessment (Rev. 7/1/11)
W-500T (S)	Mandatory Substance Abuse Assessment (Spanish) (Rev. 7/1/11)
W-500Y	Mandatory POISED Assessment Appointment (Rev. 7/1/11)
W-500Y (S)	Mandatory POISED Assessment Appointment (Spanish) (Rev. 7/1/11)

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

**Credentialed Alcohol and Substance Abuse Counselor (CASAC) Referral
to a Substance Abuse Service Center (SASC)**

You have just completed a substance abuse assessment by a Credentialed Alcohol and Substance Abuse Counselor (CASAC), who has determined that your substance abuse does not prevent you from participating in a work activity. As a result of this assessment, you are being referred to a Worker at the **Substance Abuse Service Center, 109 East 16th Street, 11th floor, New York, NY**, for an employability assessment. The appointment is scheduled for _____ (Date). Please sign this notice and take it with you to the appointment.

This is a mandatory engagement appointment. Your failure to keep this appointment may result in a reduction or discontinuation of your benefits.

SAMPLE

Participant's Signature

Date

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

**Envío por parte del Consejero Acreditado de Abuso de Alcohol y Sustancias (CASAC)
al Centro de Servicios de Abuso de Sustancias (SASC)**

Usted ha terminado su evaluación de abuso de sustancias controladas por el Consejero Acreditado en Abuso de Sustancias y Alcohol (Credentialed Alcohol and Substance Abuse Counselor – CASAC), quien ha concluido que el abuso de sustancias controladas no le impide participar en una actividad de trabajo. Como resultado de esta evaluación, le enviaremos al **Centro de Servicios de Abuso de Sustancias (Substance Abuse Center), 109 E. 16th Street, 11vo piso, New York, NY**, donde usted se reunirá con un Trabajador para que éste evalúe su aptitud para conseguir empleo. La cita está programada para el _____ . Por favor firme este aviso y tráigalo con usted a la cita. (Fecha)

Esta cita de participación es obligatoria. El no acudir a esta cita puede resultar en una reducción o suspensión de sus beneficios.

Firma del Participante

Fecha

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

Employment Assistance Referral Letter

(Employment program name is inserted by NYCWAY)

An appointment has been scheduled for you with _____. This voluntary appointment has been set up for the purpose of conducting a prescreening interview for a variety of jobs that may assist you in finding a job or a better-paying job to help you achieve self-sufficiency.

You will be evaluated to determine your skills and placement potential. You will be offered personalized assistance in:

- Identifying your career interests
- Matching your skills with appropriate jobs in the database
- Improving your interviewing skills
- Reviewing proper business attire requirements for interviews
- Contacting potential employers

You must be prequalified before you will be sent to prospective employers for interviews. (Please note that prospective employers are under no obligation to hire any job candidate recommended by HRA.)

Your prescreening interview is indicated below. If there is an emergency and if you cannot arrive at the appointed time, please call the telephone number given below to reschedule as soon as possible. Please bring this letter with you to your appointment.

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Travel Directions:

SAMPLE

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

Carta de Envío para Ayuda de Empleo

(Employment program name is inserted by NYCWAY)

Se le ha programado una cita a usted con _____. Esta cita voluntaria se ha programado a fin de realizar una entrevista preliminar para ayudarlo a conseguir un trabajo, o si corresponde, un trabajo de mejor paga para que usted logre la autosuficiencia.

Se le evaluará durante la entrevista preliminar para determinar sus aptitudes y posibilidades en cuanto a colocación. Se le ofrecerá asistencia individual respecto a:

- Identificación de sus intereses vocacionales
- Selección en bancos de datos de trabajos que correspondan a sus aptitudes
- Ayuda para desenvolverse mejor en las entrevistas de trabajo
- Inspección de su vestimenta de manera que ésta sea adecuada para entrevistas de trabajo
- Comunicación con posibles empleadores

Usted debe reunir los requisitos pertinentes, antes de ser enviado(a) a entrevistas de trabajo. (Favor de notar que no existe ninguna responsabilidad por parte de los posibles empleadores de contratar a ningún(a) candidato (a) recomendado(a) por la HRA.)

Su entrevista preliminar se indica más abajo. En caso de emergencia y si usted no puede llegar a tiempo, favor de llamar al número de teléfono más abajo para reprogramar su cita lo antes posible. Favor de traer esta carta consigo a su cita.

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

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

SAMPLE

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Case Type: _____
Caseload: _____
Hours: _____
Action Code: _____

Mandatory Substance Abuse Assessment

Human Resources Administration (HRA) records indicate that you are currently attending an alcohol/substance abuse outpatient program outside of New York City. The New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) permits HRA to require that you receive treatment within New York City's social service district when appropriate treatment exists. In-district care would enable HRA to better assist you to achieve sobriety and thus serve you better.

To accomplish this HRA must reassess your treatment needs. We have scheduled an appointment for a substance abuse assessment to determine the most appropriate level of care and identify if an in-district treatment provider is available.

Your assessment will take place at the Substance Abuse Service Center at the address printed below. You must bring written, verifiable documentation from your current treatment program, detailing your treatment plan, needs and substance use history so we can make an assessment of your ability to engage in any employment activity. Documentation must be typed on the stationery of the treatment program and signed by your counselor.

Appointment Information

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____
Travel Directions:

If you are unable to keep this appointment you must call the Service Center at _____ before your appointment date. You should be prepared to document why you would be unable to report on that date. If it is determined you have good cause not to keep the appointment, another will be scheduled for you when you call the above number. If you have a physical, mental health, or learning problem that makes it difficult for you to get to this new location, please call the telephone number above.

This is a mandatory eligibility appointment. Failure to report to this appointment may result in the discontinuance of your cash assistance and medical assistance.

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Tipo de Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Horas: _____
Código de Acción: _____

Evaluación Obligatoria por Abuso de Sustancias

Los archivos de la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) indican que usted acude actualmente a un programa por abuso de alcohol/sustancias como paciente externo fuera de la ciudad de Nueva York. La Oficina de Asistencia Temporal y de Incapacidad del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance [ÓTDA]) permite que la HRA exija que usted reciba tratamiento, cuando exista uno apropiado, dentro del distrito de servicios sociales de la ciudad de Nueva York. El cuidado dentro del distrito permitirá que la HRA pueda ayudarle a lograr sobriedad y de esa manera servirle mejor.

Para lograr lo mencionado la HRA debe evaluar nuevamente sus necesidades de tratamiento. Le hemos programado una cita para una evaluación por abuso de sustancias con el propósito de determinar cual es el nivel de cuidado más apropiado y para localizar a un proveedor de tratamiento disponible en el distrito.

Su evaluación llevará a cabo en el Centro de Servicio de Abuso de Sustancias en la dirección que aparece más abajo. Usted debe traer documentación verificable de su programa de tratamiento actual detallando su plan de tratamiento, necesidades e historial del uso de sustancia. Esto nos ayudará a evaluar su habilidad para participar en cualquier actividad de empleo. La documentación debe ser escrita a maquina en papel con el membrete del programa de tratamiento y debe ser firmado por su consejero.

Información sobre la cita

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

Local: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

Si usted no puede acudir a esta cita, debe llamar al Centro de Servicios al _____ antes de la fecha de su cita. Usted debe estar preparado para documentar la razón por la cual no se presentó en tal fecha. Si se determina que usted tiene motivo justificado de no acudir a la cita, se le programará otra cita cuando usted llame al número más arriba. Si usted tiene un problema de salud física, mental, o de aprendizaje que le dificulte llegar a este nuevo local, favor de llamar al número de teléfono más arriba.

Esta cita de elegibilidad es obligatoria. El no presentarse a esta cita puede resultar en la suspensión de su asistencia en efectivo y Asistencia Médica.

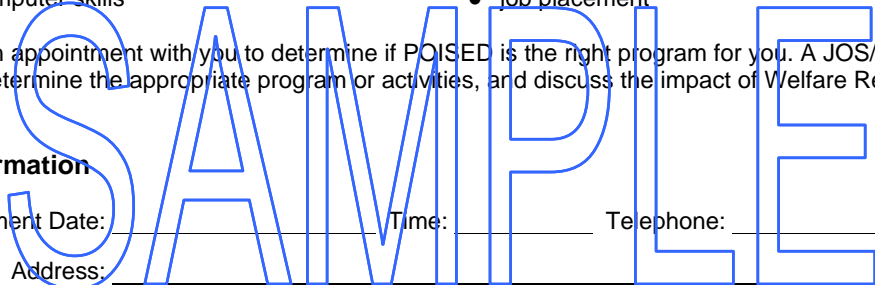
Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Case Type: _____
Caseload: _____
ES Code: _____
Job Center: _____

Mandatory POISED Assessment Appointment

Perfect Opportunity for Individual Skills and Educational Development (POISED) is a program for women who are pregnant or have a child under three years of age. POISED was created by the Human Resources Administration (HRA) and the City University of New York (CUNY) to address the special needs of pregnant women and mothers of young children. POISED helps participants become self-supporting by offering:

- workshops in parenting
- classes in baby and child care
- individual and group counseling
- classes in computer skills
- reading, writing, math and English tutoring
- welfare-to-work assignments
- career planning
- job placement

FIA has scheduled an appointment with you to determine if POISED is the right program for you. A JOS/Worker will assess your work abilities, determine the appropriate program or activities, and discuss the impact of Welfare Reform on you and your family.



Appointment Information

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Travel Directions:

If you have any questions, call _____.
(Telephone Number)

Please bring to your appointment this letter and the following:

- any documents that will help your JOS/Worker determine your ability to work, such as medical records
- (if you are working) proof of your earnings, such as pay stubs
- (if you are in school or a training program) proof of enrollment

Because space is limited, if possible, do not bring your children to this appointment.

This is a mandatory engagement appointment. Failure to report and/or comply with this appointment may result in the reduction of your cash assistance. Failure to comply with Cash Assistance work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid number.

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

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Tipo de Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Código de ES: _____
Centro de Empleo: _____

Cita Obligatoria de Evaluación de POISED

El programa POISED (Oportunidad Perfecta para Desarrollo Educativo y de Habilidades Particulares) es para mujeres embarazadas o que tengan niños menores de tres años de edad. La Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) conjuntamente con la Universidad de la Ciudad de Nueva York (CUNY) desarrollaron POISED para atender a las necesidades específicas de mujeres embarazadas y de madres de niños menores. POISED ayuda a los participantes a lograr la autosuficiencia por medio de:

- talleres sobre la crianza
- enseñanza de lectura, escritura, matemáticas e inglés
- clases sobre el cuidado de bebés y de niños
- enseñanza de lectura, escritura, matemáticas e inglés
- consejería en grupo o individual
- planificación de profesión
- clases de informática
- colocación de empleo

La FIA le ha programado una cita para determinar si POISED es el programa adecuado para usted. Un JOS/Trabajador evaluará su capacidad de trabajo y determinará si el programa o las actividades son adecuadas para usted al igual que platicará con usted sobre el impacto que tienen las Reformas al Sistema de Bienestar Público (Welfare Reform) sobre usted y su familia.

Datos sobre la Cita

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

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

Si tiene cualquier pregunta, llame al _____
(Número de Teléfono)

Por favor traiga a la cita esta carta al igual que la siguiente documentación:

- cualquier documentación que ayude a su JOS/Trabajador a decidir su capacidad para trabajar, tal como comprobante médico
- (si está trabajando) pruebas de ingresos, tales como talones de paga
- (si asiste a una escuela o programa de capacitación) prueba de matriculación

Debido al espacio limitado, si es posible, favor de no traer sus niños a la cita.

Esta es una cita de participación obligatoria. El no presentarse ni cumplir con esta cita puede resultar en la reducción de su asistencia en efectivo. El no cumplir con los requisitos de trabajo de asistencia en efectivo no tiene efecto sobre su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid. Si usted tiene un problema de salud física, mental, o de aprendizaje que le dificulte llegar a este nuevo local, favor de llamar al número de teléfono más arriba.