



# 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 #11-67-OPE (This Policy Bulletin Replaces PB #11-49-OPE)

### REVISIONS TO SELECTED FORMS CONTAINING FAIR HEARING LANGUAGE

<b>Date:</b> July 20, 2011	<b>Subtopic(s):</b> Forms
<p>  This procedure can now be accessed on the FIAweb           </p> <p>Disability Language</p> <p>See PB #10-106-OPE for information on Form <b>W-145</b>.</p>	<p><b>Revisions to the original Policy Bulletin:</b></p> <p>This policy bulletin has been revised to incorporate the following required Disability Language into the <u>What to Expect at a Fair Hearing</u> section:</p> <p style="padding-left: 40px;"> <b>“If you have a disability and cannot travel</b>, you may appear through a representative, either a friend, relative or lawyer. If your representative is not a lawyer, or an employee of a lawyer, your representative must bring the hearing officer a written letter, signed”.         </p> <p><b>Purpose:</b></p> <p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff that the forms listed below have been revised to include the paragraph indicated above, and to remove the address of the New York State Office of Temporary and Disability Assistance’s (OTDA) Manhattan Fair Hearing Office located at 330 West 34<sup>th</sup> Street. Also, the link to OTDA’s website, where applicants/participants may request a Fair Hearing online, is now as follows: <a href="http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp">http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>M-328h</b> Notice of Intent to Reduce Cash Assistance and/or Food Stamp Benefits Due to Receipt of Social Security Benefits</li> <li>• <b>M-858c</b> Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance for Family Assistance Cases (Timely)</li> <li>• <b>W-129EE</b> Notice of Intent to Discontinue Food Stamp Benefits</li> <li>• <b>W-134V</b> Notice of Restoration of Food Stamp Benefits</li> <li>• <b>W-145</b> Notice of Intent to Restrict Shelter Allowance (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

The amounts listed in Section 5 of Form **W-145F** were updated to reflect the current Food Stamp Standards.

See PD #11-03-ELI for information on Form **W-145HH**.

See PB #03-49-EMP for information on Form **W-500G**.

- **W-145F** Recoupment Worksheet to Determine Undue Hardship
- **W-145HH** Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need
- **W-146C** Notice of Intent to Issue an Advance Allowance for Rent
- **W-147C** Notice of Action Taken on Underpayment Claim
- **W-299G** Notification of Continuing Medicaid Coverage for Children Under 19 Years of Age
- **W-500G** Assignment Information Summary
- **W-560CC** Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits
- **W-637B** Request for an Advance Payment to Prevent Eviction
- **W-908T** Notice of Recertification Appointment

*Effective Immediately*

**Reference:**

OTDA GIS 11 TA/WMS014

**Related Items:**

PD #10-33-ELI  
 PB #10-106-OPE  
 PB #03-49-EMP

**Attachments:**

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

- |                    |   |
|--------------------|---|
| <b>M-328h</b>      | Notice of Intent to Reduce Cash Assistance and/or Food Stamp Benefits Due to Receipt of Social Security Benefits (Rev. 7/20/11)           |
| <b>M-328h (S)</b>  | Notice of Intent to Reduce Cash Assistance and/or Food Stamp Benefits Due to Receipt of Social Security Benefits (Spanish) (Rev. 7/20/11) |
| <b>M-858c</b>      | Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance for Family Assistance Cases (Timely) (Rev. 7/20/11)                                    |
| <b>M-858c (S)</b>  | Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance for Family Assistance Cases (Timely) (Spanish) (Rev. 7/20/11)                          |
| <b>W-129EE</b>     | Notice of Intent to Discontinue Food Stamp Benefits (Rev. 7/20/11)  |
| <b>W-129EE (S)</b> | Notice of Intent to Discontinue Food Stamp Benefits (Spanish) (Rev. 7/20/11)  |
| <b>W-134V</b>      | Notice of Restoration of Food Stamp Benefits (Rev. 7/20/11)   |
| <b>W-134V (S)</b>  | Notice of Restoration of Food Stamp Benefits (Spanish) (Rev. 7/20/11)   |

<b>W-134V (S)</b>	Notice of Restoration of Food Stamp Benefits (Spanish) (Rev. 7/20/11)
<b>W-145</b>	Notice of Intent to Restrict Shelter Allowance (Timely) (Rev. 7/20/11)
<b>W-145 (S)</b>	Notice of Intent to Restrict Shelter Allowance (Timely) (Spanish) (Rev. 7/20/11)
<b>W-145F</b>	Recoupment Worksheet to Determine Undue Hardship (Rev. 7/20/11)
<b>W-145F (S)</b>	Recoupment Worksheet to Determine Undue Hardship (Spanish) (Rev. 7/20/11)
<b>W-145HH</b>	Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need (Rev. 7/20/11)
<b>W-145HH (S)</b>	Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need (Spanish) (Rev. 7/20/11)
<b>W-146C</b>	Notice of Intent to Issue an Advance Allowance for Rent (Rev. 7/20/11)
<b>W-146C (S)</b>	Notice of Intent to Issue an Advance Allowance for Rent (Spanish) (Rev. 7/20/11)
<b>W-147C</b>	Notice of Action Taken on Underpayment Claim (Rev. 7/20/11)
<b>W-147C (S)</b>	Notice of Action Taken on Underpayment Claim (Spanish) (Rev. 7/20/11)
<b>W-299G</b>	Notification of Continuing Medicaid Coverage for Children Under 19 Years of Age (Spanish) (Rev. 7/20/11)
<b>W-299G (S)</b>	Notification of Continuing Medicaid Coverage for Children Under 19 Years of Age (Spanish) (Rev. 7/20/11)
<b>W-500G</b>	Assignment Information Summary (Rev. 7/20/11)
<b>W-500G (S)</b>	Assignment Information Summary (Spanish) (Rev. 7/20/11)
<b>W-560CC</b>	Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits (Rev. 7/20/11)
<b>W-560CC (S)</b>	Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits (Spanish) (Rev. 7/20/11)
<b>W-637B</b>	Request for an Advance Payment to Prevent Eviction (Rev. 7/20/11)
<b>W-637B (S)</b>	Request for an Advance Payment to Prevent Eviction (Spanish) (Rev. 7/20/11)
<b>W-908T</b>	Notice of Recertification Appointment (Rev. 7/20/11)
<b>W-908T (S)</b>	Notice of Recertification Appointment (Spanish) (Rev. 7/20/11)

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

**Notice of Intent to Reduce Cash Assistance and/or Food Stamp Benefits  
Due to Receipt of Social Security Benefits**

**CASH ASSISTANCE**

We intend to reduce your cash assistance benefits from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, effective \_\_\_\_\_.  
 (Date)

According to our records the following individual(s) in your household is/are in receipt of a Social Security payment from the Federal government and a Family Assistance/Safety Net Assistance (FA/SNA) grant from this Department:

First Name	M.I.	Last Name	Social Security Payment Amount
SAMPLE			

We are required to budget the full Social Security benefit amount(s) for the above-named individual(s).

The law(s) and/or regulation(s) that allow us to do this is/are 18 NYCRR § 352.29, § 352.32.

**FOOD STAMPS**

Effective \_\_\_\_\_, your Food Stamp benefits will change as follows:  
(Date)

Amount of current Food Stamp grant: \_\_\_\_\_

Amount of new Food Stamp grant: \_\_\_\_\_

The law(s) and/or regulation(s) that allow us to do this is/are 18 NYCRR § 387.10(b), § 387.10(b)(3).

**MEDICAL ASSISTANCE**

Medical assistance coverage will continue for all members of your household. You will continue to receive medical assistance authorization entitling eligible individuals to full services.

The law(s) and/or regulation(s) that allow us to do this is/are 18 NYCRR § 360-4.3, § 360-4.8.

Regulations require that you immediately notify this Department of any changes in needs, income, resources, living arrangements or address.

**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 below. 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

**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.

**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).

**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.

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

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

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

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

**FAIR HEARING REQUEST**

If you 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.

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

SAMPLE

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

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

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

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

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

## Aviso de la Intención de Reducir la Asistencia en Efectivo y/o Beneficios de Cupones para Alimentos Debido a que Recibe Beneficios de Seguro Social

### ASISTENCIA EN EFECTIVO

Tenemos la intención de reducir sus beneficios de Asistencia en Efectivo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, a partir de \_\_\_\_\_.

(Fecha)

Según nuestros archivos, el/los siguiente(s) miembro(s) de su hogar recibe(n) un pago de Seguro Social de parte del gobierno Federal y una concesión de Asistencia Familiar/Asistencia de Red de Seguridad (Family Assistance/Safety Net Assistance – FA/SNA) de parte de este Departamento:

Nombre	I.	Apellido	Cantidad del Pago de Seguro Social
SAMPLE			

Estamos obligados a incluir en el presupuesto la(s) cantidad(es) total(es) del beneficio de Seguro Social de cada persona nombrada más arriba.

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal manera es/son 18 NYCRR § 352.29, § 352.32.



## CUPONES PARA ALIMENTOS

A partir del \_\_\_\_\_, sus beneficios de Cupones para Alimentos cambiarán como sigue:  
(Fecha)

Cantidad del subsidio actual de Cupones para Alimentos: \_\_\_\_\_

Cantidad del nuevo subsidio de Cupones para Alimentos: \_\_\_\_\_

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal manera es/son 18 NYCRR § 387.10(b), § 387.10(b)(3).

## ASISTENCIA MÉDICA

La cobertura de asistencia médica continuará para todos los miembros de su hogar. Usted seguirá recibiendo autorización de asistencia médica, lo que le otorga derecho a las personas elegibles a servicios completos.

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal manera es/son 18 NYCRR § 360-4.3, § 360-4.8.

Conforme al reglamento usted debe notificar de inmediato a este departamento de cualquier cambio respecto a necesidades, ingreso, recursos, vivienda o dirección.

**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 aparece más abajo. 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

**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 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.

**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).

**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.

**Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse,** puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

**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**

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.**

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

SAMPLE

Nombre en  
Letras de

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

Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

### Notice of Intent to Restrict Home Energy Allowance for Family Assistance Cases (Timely)

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

We wish to inform you that the Human Resources Administration (HRA) intends to restrict your home energy allowance currently included in your semimonthly grant, effective \_\_\_\_\_ Date.

We are taking this action because:

After a review of your explanation for your failure to pay your utility bills for the month(s) of:

SAMPLE

we have determined that you failed the management test. In addition, you failed to demonstrate that you spent the home energy allowance appropriately for some emergency and/or your misuse of the funds threatened the health and safety of your household.

Effective as of the date indicated above, all future utility bills will be sent directly by \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ Utility Company

HRA for payment. Until further notice you will not be required to pay utility bills to this company.

This 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. Periodically, the amount required to satisfy your utility bills will be adjusted. If we have deducted too much, we will reduce the amount being restricted and return the excess amount to you. 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 action.

- Your Food Stamp Benefits will continue unchanged.
- Medical assistance benefits for every person in the household (who receives benefits) will continue unchanged.

These actions are taken in accordance with 18 NYCRR § 352.5(f)(4) and § 381.3(c).

**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. 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/cah/forms.asp>

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

**Aviso de la Intención de Restringir la Asignación de Energía para el Hogar para Asistencia Familiar (A tiempo definido)**

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

Queremos informarle de que la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) tiene la intención de restringir su asignación para energía en el hogar actualmente incluida en su subsidio quincenal, a partir del

\_\_\_\_\_  
 Fecha  
 Estamos tomando esta medida porque:  
 Después de repasar su explicación respecto a su falta de pago de sus facturas de electricidad y/o gas el/los mes(es) de:  
 \_\_\_\_\_



hemos determinado que usted no pasó la prueba de administración. Además, usted no demostró haber utilizado adecuadamente el subsidio para energía en el hogar en una situación de emergencia y/o puso en riesgo la salud y seguridad de su hogar debido a su mal administración de los fondos.

A partir de la fecha indicada más arriba, \_\_\_\_\_ enviará todas sus siguientes facturas  
 Compañía de electricidad y/o gas

de electricidad y/o gas directamente a la HRA para los pagos. Usted no tendrá que pagar facturas de electricidad y/o gas a esta compañía hasta nuevo aviso.

La cantidad restringida de su asignación para energía en el hogar será calculada de acuerdo a su consumo promedio mensual, como lo determine la compañía de electricidad y/o gas. En ningún caso la cantidad restringida excederá el total de la asignación para electricidad y/o gas en el hogar que le corresponde. Periódicamente, se ajustará la cantidad requerida para cubrir las facturas de electricidad y/o gas. Si la deducción es excesiva, reduciremos la cantidad restringida y le devolveremos la cantidad restante. Si deducimos muy poco, aumentaremos la cantidad restringida y recuperamos la diferencia que le abonamos a su cuenta con la compañía de electricidad y/o gas. Nosotros le informaremos cuando tomemos dicha medida.

- Sus beneficios de Cupones para Alimentos continuarán sin cambios.
- Los beneficios de asistencia médica para todos los miembros del hogar (que reciben beneficios) continuarán sin cambios.

Estas medidas se adoptan de acuerdo con 18 NYCRR § 352.5(f)(4) y § 381.3(c).

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

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en **página 1** de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en **página 1** 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 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.

**Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse,** puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

**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 **página 1** 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  
letra de molde: \_\_\_\_\_ Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

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

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

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

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

### Notice of Intent to Discontinue Food Stamp Benefits

This is to inform you that we intend to discontinue your Food Stamp Benefits effective \_\_\_\_\_ for the following reason:

Our records indicate that you are receiving child support incentive payments from this agency. This income is not considered in determining your cash assistance grant but must be considered in determining your Food Stamp Benefit level. When your Food Stamp Benefits were recalculated to include the child support incentive payments, it was determined that your household was no longer eligible for Food Stamp Benefits.

The enclosed "Your Financial Facts" shows all of the financial information on our computer file that was used to calculate your revised eligibility, including the amount of the child support incentive payment that has been budgeted.

SAMPLE

**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**

Previous Net Food Stamp Income

Previous Monthly Allotment Amount

New Net Food Stamp Income

New Monthly Allotment Amount

**A. Monthly Income**

1. Monthly gross income from earnings	
2. Net monthly income from boarder/lodger or lodger	
3. Total of lines 1 and 2	
4a. Monthly gross unearned SSA income	
4b. Monthly gross unearned SSI income	
4c. Other monthly gross unearned income	
5. Total of lines 3, 4a, 4b and 4c	
6. Monthly legally obligated child support payment	
7. Line 5 minus line 6	

**C. Adjusted Income**

14. Subtract B from A (line 13 from line 7)	
---	--

<b>D. Shelter Costs</b>	
15. Monthly rent or mortgage actually paid	
16. Monthly heating expense	
17. Monthly utility expense	
18. Monthly telephone expense	
19. Other monthly shelter expense (real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)	
20. Total of lines 15, 16, 17, 18 and 19	

**B. Deductions**

8. 20% of line 3	
9. Monthly standard deduction	
10. Monthly child care/dependent care costs (maximum)	
11. Homeless shelter deduction	
12. Monthly medical expenses (less \$35 deductible)	
13. Total lines 8, 9, 10, 11 and 12	

**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 allotment amount	

S A M P L E

## 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, by fax, in person or online.

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

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

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

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

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of 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. 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 ninety (90) days from the date of the notice for Food Stamp issues.

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

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

SAMPLE

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

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

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

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

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

### **Aviso de Intención de Descontinuar Beneficios de Cupones para Alimentos**

Queremos informarle de la intención de discontinuar sus beneficios de Cupones para Alimentos a partir del \_\_\_\_\_, por la siguiente razón:

Nuestros archivos indican que usted está recibiendo incentivos de pagos para mantenimiento de niños mediante esta agencia. Este ingreso no es considerado en la determinación de su concesión de asistencia en efectivo, pero debe ser considerado para determinar el nivel de sus beneficios de Cupones para Alimentos. Cuando sus beneficios de Cupones para Alimentos fueron recalculados incluyendo los pagos para mantenimiento de niños, se llegó a la conclusión de que su hogar ya no es elegible para recibir beneficios de Cupones para Alimentos.

La hoja adjunta "Sus Datos Económicos" muestra toda la información financiera en nuestro archivo computarizado que se utilizó para recalcular su elegibilidad respecto a los beneficios de Cupones para Alimentos, incluyendo la cantidad presupuestada de los incentivos de pagos para manutención de niños.

**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.**

**Sus Datos Económicos**

Ingreso Neto Anterior  
 de Cupones para Alimentos

Cantidad Mensual  
 de la Asignación Anterior

Nuevo Ingreso Neto  
 de Cupones para Alimentos

Nueva Cantidad Mensual de  
 Asignación

**A. Ingreso Mensual**

1. Ingreso bruto mensual de salario	
2. Ingreso neto mensual de huésped/inquilino o de inquilino	
3. Suma de las líneas 1 y 2	
4a. Ingreso bruto mensual no salarial del SSA	
4b. Ingreso bruto mensual no salarial del SSI	
4c. Ingreso bruto mensual no salarial de otras fuentes	
5. Suma de las líneas 3, 4a, 4b y 4c.	
6. Pago mensual para manutención de niños obligado por la ley	
7. Línea 5 menos línea 6	

**C. Ingreso Ajustado**

14. Reste **B** de **A** (línea 13 de la línea 7)

**D. Gastos de Vivienda**

15. Pago de renta o hipoteca mensual efectuado	
16. Gasto mensual de calefacción	
17. Gasto mensual de servicios públicos	
18. Gasto mensual de teléfono	
19. Otros gastos mensuales de vivienda (impuestos de bienes raíces, seguro, instalación de servicios públicos, etc.)	
20. Suma de líneas 15, 16, 17, 18 y 19	

**B. Deducciones**

8. 20% de la línea 3	
9. Deducción mensual normal	
10. Gastos mensuales por cuidado infantil/dependiente (máximo)	
11. Deducción de albergue para desamparados	
12. Gastos médicos mensuales (menos \$35 deducibles)	
13. Suma de las líneas 8, 9, 10, 11 y 12	

**E. Ingreso Neto de Cupones para Alimentos**

21. Deducción excesiva por vivienda (línea 20 menos 1/2 de la cantidad de la línea 14)	
22. Ingreso neto mensual de Cupones para Alimentos. (Reste la línea 21 de la línea 14.)	
23. Cantidad asignada mensualmente	

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

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

**Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse,** puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

**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):** 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 noventa (90) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de Cupones para Alimentos.

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 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 Restoration of Food Stamp Benefits

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

#### FOOD STAMPS

We have been issuing you a reduced Food Stamp Benefit to make up for a Food Stamp overpayment you had received.

You have now repaid the overpayment, and we are restoring the full monthly benefit. Effective \_\_\_\_\_, you will  
Date  
receive \$ \_\_\_\_\_ in Food Stamp Benefits per month.

If this box is checked, you have overpaid what you owed. We are therefore issuing a supplementary benefit in  
the amount of \$ \_\_\_\_\_ for the month(s) of \_\_\_\_\_

This benefit will be available for you to pick up at an Electronic Benefit Transfer (EBT) location on \_\_\_\_\_.  
Date

A copy of your new Food Stamp budget is enclosed.

The law(s) and or regulation(s) that allow(s) HRA to do this is/are 18 NYCRR § 387.18.

\_\_\_\_\_  
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.**

## 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.

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

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

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of 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 a fair Hearing within ninety (90) days of this notice for Food Stamp 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: \_\_\_\_\_  
                  First Name                                  M.I. Last Name

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

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

Fecha del Aviso: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

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

Centro: \_\_\_\_\_

Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

Número de Tel. del Trabajador: \_\_\_\_\_

Número de Tel. de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso de Restauración de Beneficios de Cupones para Alimentos

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) .

#### CUPONES PARA ALIMENTOS

Le hemos estado emitiendo un beneficio reducido de Cupones para Alimentos para compensar por un pago excesivo de Cupones para Alimentos que usted había recibido.

Usted ya ha reembolsado el pago excesivo, y le estamos restaurando el beneficio mensual completo. Vigente el \_\_\_\_\_ usted recibirá \_\_\_\_\_ al mes en beneficios de Cupones para Alimentos.  
Fecha

Si esta casilla está marcada, usted ha pagado más de lo que debía. Por lo tanto, le estamos emitiendo un beneficio suplementario por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_, por e/los mes(es) de \_\_\_\_\_.

Este beneficio estará disponible para que lo pueda recoger en un local de Transferencia Electrónica de Beneficios (Electronic Benefit Transfer [EBT]) el \_\_\_\_\_.  
Fecha

Adjunta se encuentra una copia de su nuevo presupuesto de Cupones para Alimentos.

La(s) disposición(es) legales y/o reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal forma es/son 18 NYCRR § 387.18.

\_\_\_\_\_  
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.

### 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.

**Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse,** puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

**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 fax, 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 fax, 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 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.

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:

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

Dirección:

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

Ciudad:

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

Firma:

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

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

### Notice of Intent to Restrict Shelter Allowance (Timely)

The Agency's decision(s) regarding your benefit program is explained below:

#### CASH ASSISTANCE

This notice is to inform you that we intend to restrict your shelter allowance effective \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_. Your shelter allowance will be paid directly to your landlord or primary tenant. This action is taken because of administrative ease.

When we restrict your shelter allowance, we will issue a vendor check for \$ \_\_\_\_\_, representing part or all of your semimonthly grant of \$ \_\_\_\_\_.

We will send the vendor check directly to your landlord or primary tenant. Only your landlord or primary tenant can cash the vendor check.

If your rent is more than the amount of your shelter allowance, indicated above, you must pay the rest of your rent to your landlord or primary tenant.

The law(s) and/or regulation(s) which allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 381.3 (c)(2).

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

\_\_\_\_\_  
Date

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



## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing. If you only ask for a conference, your benefits will not stay the same while you appeal. Your benefits will stay the same only if you ask for a State Fair Hearing. (See the Continuing Your Benefit[s] section.)

### STATE FAIR HEARING

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

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

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

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

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

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

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

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

## Aviso de la Intención de Restringir la Asignación de Vivienda (A tiempo)

La decisión de la Agencia con respecto a su programa de beneficios se explica más abajo:

### ASISTENCIA EN EFECTIVO

Por la presente le informamos de que tenemos la intención de restringir su asignación de vivienda a partir de \_\_\_\_\_ porque usted ha fallado en destinar la asignación de vivienda exclusivamente a su alquiler. Se le  
Fecha  
pagará su asignación de vivienda directamente a su casero o inquilino principal. Esta medida se ha tomado por razones de conveniencia administrativa.

Al restringir su asignación de vivienda, emitiremos un cheque de proveedor de servicios por a cantidad de \$ \_\_\_\_\_, que representará toda o parte de su asignación quincenal de \$ \_\_\_\_\_.

Le enviaremos el cheque de proveedor de servicios a su casero o inquilino principal, quienes serán los únicos autorizados para cobrar dicho cheque.

Si la cantidad de su alquiler resulta superior a la cantidad de su asignación de vivienda, tal como se indica más arriba, usted tendrá que pagar el resto de su alquiler a su casero o inquilino principal.

La(s) disposicion(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal modo es/son 18 NYCRR § 381.3 (c)(2).

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

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

### AUDIENCIA 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.orda.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.

**Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse,** puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

**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 de la Audiencia Imparcial, si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha de entrada en vigor indicada en el presente aviso.

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

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

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

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

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

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

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

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

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

## Recoupment Worksheet to Determine Undue Hardship

(Round down all money figures to the nearest dollar)

<b>Case Number:</b>	<b>Category:</b>
<b>Case Name Suffix:</b>	<b>Center Number:</b>

	Total to be shared	Suffix to be Recouped	Other People in Household
<b>A. Semimonthly Income</b>			
1. CA Household Needs			
2. Food Stamp Benefits (1/2 of Monthly Benefit)			
3. Exempt Income (Employment Incentive, etc.)			
4. Total Income ( <b>Lines 1, 2 + 3</b> )			
<b>B. Semimonthly Expenses</b>			
5. Food Needs Based on USDA – Thrifty Food Plan: 1 Person = \$100.00      5 Persons = \$396.50 2 Persons = \$183.50     6 Persons = \$476.00 3 Persons = \$263.00     7 Persons = \$526.00 4 Persons = \$334.00     8 Persons = \$601.00 \$53.00 for each additional person			
6. Semimonthly Actual Rent			
7. Semimonthly Utilities			
8. Clothing for Children on Suffix being Recouped (\$25.00 x _____ Children)			
9. Verified Medical Expenses of Persons on Suffix Being Recouped			
10. Total Expenses ( <b>Lines 5, 6, 7, 8, 9</b> )			
<b>C. Maximum Available for Recoupment</b>			
11. Total Income Minus Total Expenses ( <b>Line 4</b> minus <b>Line 10</b> )			
12. Minimum Recoupment (5% of <b>Line 1</b> )			
13. Maximum Available for Recoupment (Larger of <b>Line 11</b> or <b>12</b> )			
<b>D. Maximum Allowable Recoupment</b>			
14. Semimonthly Household Needs of Suffix Being Recouped (From <b>Line 1</b> )			
15. Maximum Recoupment (10% of <b>Line 14</b> )			
16. Semimonthly Amount to be Recouped (Smaller of <b>Line 13</b> or <b>15</b> )			
17. Recoupment Percentage ( <b>Line 16</b> divided by <b>Line 14</b> )			
<b>Statement of Participant</b>			
I understand how the amount to be recouped as shown on <b>line 16</b> was arrived at and I agree to this recoupment rate.			
Participant's Signature _____		Date _____	
Signature and Title of Staff Member Completing Worksheet _____		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.**

## Instructions

(Round down all amounts to the nearest dollar)

- Line 1:** Enter semimonthly household needs. Include rent payments issued as two-party checks or paid directly to the landlord.
- Line 2:** Enter semimonthly Food Stamp Benefit. For composite or mixed household cases, enter the household's semimonthly Food Stamp Benefit in the first column; prorate this amount for the case to be recouped and enter the prorated amount in the second column.
- Line 3:** Enter all semimonthly exempt income such as the \$45.00 standard deduction and 43% earned income disregard.
- Line 4:** Total of **lines 1, 2 and 3.**
- Line 5:** Enter the food needs for the participant's family based on the USDA Thrifty Food Plan.
- Line 6:** Enter the semimonthly rent amount paid by the participant's or the department to the landlord. Do not include any portion of the rent paid by friends or relatives to the landlord. For composite cases, enter the household's semimonthly rent (actually charged) in the first column; prorate this amount for the case to be recouped and enter the prorated amount in the second column.
- Line 7:** Enter the average utility expense (if any) from heat and electric bills submitted for the last three months. For composite cases, enter the semimonthly amount paid by the household in the first column; prorate this amount for the case to be recouped and enter the prorated amount in the second column.
- Line 8:** Multiply the number of children in the household by \$25.00 and enter the total.
- Line 9:** Enter the average semimonthly medical expense not covered by Medicaid (must be verified).
- Line 10:** Total of **lines 5, 6, 7, 8 and 9.**
- Line 11:** Subtract the amount on line 10 (Total Expense) from the amount on line 4 (Total Income) and enter the difference.
- Line 12:** Enter 5% of the amount on **line 1**.
- Line 13:** Enter the amount on **line 11** or **12**, whichever is larger.
- Line 14:** Enter the semimonthly household needs.
- Line 15:** Enter 10% of the amount on **line 14.**
- Line 16:** Enter the amount on **line 13** or **15**, whichever is smaller.
- Line 17:** Divide the amount on **line 16** by the amount on **line 14** to obtain the maximum allowable percentage of recoupment.

**Participant's Agreement to Recoupment/Recovery:** If the participant agrees to the recoupment rate without a conference, obtain the participant's signature. Always give a copy of the worksheet to the participant.

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

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

### STATE FAIR HEARING

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

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

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

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



**INFORMATION:** If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to the Center that handles your case.

**FAIR HEARING REQUEST**

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

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

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

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

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



**Cálculo de Recobro para Determinar Privación Económica Excesiva**  
(Todas las cantidades en centavos deben ser redondeadas a la cifra entera más cercana)

<b>Número del Caso:</b>		<b>Categoría:</b>	
<b>Sufijo del Número del Caso:</b>		<b>Núm. de Centro:</b>	

	Total a ser Dividido	Sufijo al que se le Recobrará	Otras Personas en su Familia
<b>A. Ingreso Quincenal</b>			
1. Asistencia en Efectivo para Necesidades de la Familia			
2. Beneficio de Cupones para Alimentos (1/2 del Beneficio Mensual)			
3. Ingreso Excluido (Incentivo por Empleo, etc.)			
4. Ingreso Total (Línea 1, 2 + 3)			
<b>B. Gastos Quincenales</b>			
5. Necesidades Alimenticias Basadas en USDA – Plan Económico de Cupones de Alimentos 1 Persona = \$100.00      5 Personas = \$396.50 2 Personas = \$183.50      6 Personas = \$476.00 3 Personas = \$263.00      7 Personas = \$526.00 4 Personas = \$334.00      8 Personas = \$601.00 \$53.00 para cada persona adicional			
6. Cantidad Real de Renta Quincenal			
7. Gastos de Servicios Públicos Quincenales			
8. Recobro por Ropa Basado en el Número de Niños Sufijos (\$25.00 x _____ Niños)			
9. Gastos Médicos Verificados que se Recobrarán de las Personas Sufijas			
10. Total de los Gastos (Líneas 5, 6, 7, 8, 9)			
<b>C. Máximo Disponible para el Recobro</b>			
11. Total del Ingreso Menos Total de los Gastos (Línea 4 menos Línea 10)			
12. Recobro Mínimo (5% de la Línea 1)			
13. Cantidad Máxima Disponible para ser Recobrada (Lo Mayor de la Línea 11 o 12)			
<b>D. Recobro Máximo Permissible</b>			
14. Necesidades Quincenales de la Familia del Sufijo que pueden Recobrase (Proviene de la Línea 1)			
15. Máxima Cantidad de Recobro (el 10% de la Línea 14)			
16. Cantidad Quincenal a ser Recobrada (Lo Menor de la Línea 13 o 15)			
17. Porcentaje del Recobro (Cantidad de Línea 16 dividida por la cantidad en Línea 14)			

**Declaración del Participante**

Entiendo el cálculo que generó como resultado la cantidad a ser recobrada que aparece en la **Línea 16** y por consiguiente acepto esta tasa de recobro.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma/Título del Miembro del Personal que Llenó este Formulario

\_\_\_\_\_  
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.**

## Instrucciones

(Redondee por defecto todas las cantidades a la cifra entera más cercana)

- Línea 1:** Anote la cantidad de sus necesidades domésticas quincenales. Incluya pagos de alquiler como cheques de dos partes o pagos directos al casero.
- Línea 2:** Anote los Beneficios quincenales de Cupones para Alimentos. En casos de hogares compuestos o mixtos, anote el Beneficio quincenal de Cupones para Alimentos del hogar en la primera columna; proratee esta cantidad respecto al caso a ser recobrado y anote la cifra prorrateada en la segunda columna.
- Línea 3:** Anote todo ingreso quincenal exento como la deducción normal de \$45.00 y la desestimación del 43% del ingreso salarial.
- Línea 4:** Sume las líneas 1, 2 y 3.
- Línea 5:** Anote la cantidad de las necesidades alimentarias de la familia del participante conforme al Plan Ahorrativo de Comida (Thrifty Food Plan) de la USDA.
- Línea 6:** Anote la cantidad de alquiler quincenal pagado por el participante o el departamento al casero. No incluya ninguna parte de su alquiler pagada al casero por amigos o parientes suyos. En casos compuestos, anote el alquiler quincenal del hogar (lo que realmente se cobra) en la primera columna; proratee el recobro de esta cantidad respecto al caso, y anote la cifra prorrateada en la segunda columna.
- Línea 7:** Anote la cantidad promedio del gasto total de servicios públicos (de haberlos) basándose en las facturas presentadas de electricidad y calefacción de los últimos tres meses. En casos compuestos, anote la cantidad quincenal pagada por el hogar en la primera columna; proratee la cantidad que se recobrá a miembros del caso y anótelas en la segunda columna.
- Línea 8:** Multiplique el número de niños en el hogar por \$25.00 y anote el total.
- Línea 9:** Anote la cantidad promedio del total de gastos médicos quincenales que no sean parte de la cobertura de Medicaid (debe comprobarse).
- Línea 10:** Total de las líneas 5, 6, 7, 8 y 9.
- Línea 11:** Reste la cantidad de la línea 10 (Gastos Totales) de la cantidad de la línea 4 (Ingreso Total) y anote la diferencia.
- Línea 12:** Anote el 5% de la cantidad de la línea 1.
- Línea 13:** Anote la mayor cantidad de las líneas 11 y 12.
- Línea 14:** Anote la cantidad quincenal de las necesidades del hogar.
- Línea 15:** Anote el 10% de la cantidad de la línea 14.
- Línea 16:** Anote la menor cantidad de las líneas 13 o 15.
- Línea 17:** Divida la cantidad de la línea 16 por la de la línea 14 para obtener el porcentaje máximo de recobro permisible.

**Acuerdo del Participante Respecto a Recobro/Recuperación:** Si el participante acepta la tasa de recobro sin una conferencia, obtenga la firma de éste. Siempre debe darle una copia de la hoja de cálculo al participante.

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame o escribale al Centro que administra su caso. A veces éste 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: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
<http://www.otda.ny.gov/oh/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.

**Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse,** puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

**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).

**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 escribale al Centro que administra su caso.

**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.

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: \_\_\_\_\_

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

### Notice of Decision on Assistance to Meet an Immediate Need or Special Allowance (For Applicants Only)

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

#### Immediate Needs

This notice applies only to your request for assistance to meet an immediate need. If you have also applied for ongoing cash assistance, this notice does not affect your application for ongoing Cash Assistance. You will also receive a notice advising you of this Agency's decision on your application for ongoing Cash Assistance when your eligibility has been determined.

If your application for ongoing Cash Assistance is denied for failure to comply with eligibility requirements, a second request for an immediate needs/emergency grant for "no food" or items relating to personal care, filed within three months of the original application denial, may also be denied unless you can document good cause for your original failure to comply.

On \_\_\_\_\_, you requested assistance to meet an immediate need of:

We are giving you this notice to tell you that your request for an immediate needs grant was evaluated and the following decision was made:

- An emergency preinvestigation grant in the amount of \$ \_\_\_\_\_ will be available to you on \_\_\_\_\_.  
(Date)
- An emergency grant (one-shot deal) has been provided in the amount of \$ \_\_\_\_\_ for \_\_\_\_\_.
- A personal care kit has been provided on \_\_\_\_\_.  
(Date)
- A Goodwill Voucher has been provided in the amount of \$ \_\_\_\_\_ for \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_.  
(Date)
- If this box is checked, you are responsible for repaying \$ \_\_\_\_\_ as shown:
  - This amount must be repaid to us in accordance with the agreement to repay that you signed on \_\_\_\_\_.  
(Date)
  - You must repay the amount shown above because it is more than the Human Resources Administration (HRA) shelter maximum of \$ \_\_\_\_\_ for your family size of \_\_\_\_\_ for each month of arrears that HRA agreed to pay.

**Immediate Needs (Continued)**

- Assistance to meet a food-related immediate need is denied because you:
- failed to establish/document identity
  - have excess resources
  - are an undocumented alien
  - received an immediate needs grant in the past 90 days and failed to subsequently comply with eligibility requirements
  - were issued same day Food Stamps
  - other reason for denial (please specify):

- Assistance to meet a nonfood-related immediate need is denied because you:
- failed to establish/document identity
  - have excess resources
  - are an undocumented alien
  - received an immediate needs grant in the past 90 days and failed to subsequently comply with eligibility requirements
  - applied for Cash Assistance on \_\_\_\_\_ (within the last three months) and were issued one of the following: (Date)
  - immediate need(s) grant(s)
  - personal care kit(s)
  - Goodwill Voucher(s)
  - other grants (please specify):

and subsequently, failed to comply with the eligibility requirements without good cause. The regulations that allow us to do this are 18 NYCRR § 351.1, § 351.8, and § 352.7.

- Other action taken on your application:

**Medical Assistance**

- If you need help with your medical bills, you must apply separately for Medical Assistance. If you want more information about eligibility for Medical Assistance, call the Worker's telephone number listed on **page 1**.
- Your Medical Assistance stays the same.
- Your application for Medical Assistance is being reviewed. We will send you our decision within 30 days.

**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

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

1. Ask for a meeting (conference) with one of our supervisors;
2. Ask for a State Fair Hearing with a State hearing officer.

### 1) 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 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.

### 2) STATE FAIR HEARING

You have the following number of days from the date of this notice to ask for a Fair Hearing:

Benefit Area	Time Limit
Cash Assistance, Medical Assistance, Social Services	60 days
Food Stamp Benefits	90 days

If this notice is telling you that you must repay cash assistance because you signed a repayment agreement, or because the shelter arrears that HRA agreed to pay is more than the HRA shelter maximum, and if you do not agree that you must repay or you do not agree with the amount HRA says you must repay, you must call for a Fair Hearing. If you do not call for a Fair Hearing, you cannot claim in the future that the Agency's decision that you owe the debt was wrong. The time limit for calling for a Fair Hearing on the issue of the repayment is the same as the limit for any cash assistance action this notice is telling you about, 60 days.

**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>

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by telephone, 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.

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

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, or 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.

**IF YOUR SITUATION IS EXTREMELY SERIOUS, 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 TELEPHONE. IF YOU WRITE, FAX OR CONTACT US ONLINE INSTEAD, PLEASE BE SURE TO EXPLAIN YOUR SITUATION.**

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

#### FAIR HEARING REQUEST

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

### Aviso de Decisión sobre la Asistencia para Cubrir una Necesidad Inmediata o Asignación Especial (Sólo para Solicitantes)

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

#### Necesidades Inmediatas

Este aviso corresponde solamente a su solicitud de asistencia para cubrir una necesidad inmediata. Si usted también ha solicitado Asistencia en Efectivo continua, este aviso no afecta su solicitud de dicha asistencia. Usted también recibirá un aviso notificándole de la decisión de esta Agencia sobre su solicitud de Asistencia en Efectivo continua cuando se haya determinado su elegibilidad.

Si su solicitud de Asistencia en Efectivo continua es rechazada debido a incumplimiento de requisitos de elegibilidad, puede que también se rechace una segunda solicitud de concesión de emergencia/necesidad inmediata para artículos "no alimentarios" relacionados con el cuidado personal, si la misma es presentada menos de tres meses después de haber sido rechazada la primera solicitud, a menos que usted muestre pruebas válidas que justifiquen su incumplimiento respecto a los requisitos de la primera solicitud.

El \_\_\_\_\_, usted solicitó asistencia para cubrir una necesidad inmediata de:

Por medio del presente aviso le informamos que hemos evaluado su solicitud respecto a una concesión para cubrir necesidades inmediatas y la decisión es la siguiente:

- Una concesión de emergencia preinvestigación por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ estará a su disposición el \_\_\_\_\_  
(Fecha)
- Se le ha otorgado una concesión única de emergencia por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_
- Se le ha facilitado un botiquín de cuidado personal (personal care kit) el \_\_\_\_\_  
(Fecha)
- Se le ha otorgado un Comprobante de Buena Voluntad de \$ \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_  
(Fecha)
- Si se marca esta casilla, usted es responsable por el reembolso de \$ \_\_\_\_\_ como indicado:
  - Esta cantidad se nos tiene que pagar conforme al acuerdo de reembolso que usted firmó el \_\_\_\_\_  
(Fecha)
  - Usted tiene que reembolsar la cantidad indicada más arriba porque es superior al máximo de albergue de la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) de \$ \_\_\_\_\_ para el tamaño de su familia con \_\_\_\_\_ personas para cada mes de atraso que HRA acordó pagar.

**Necesidades Inmediatas** (Continuación)

- Asistencia para cubrir una necesidad inmediata relacionada con la alimentación se le ha rechazado porque:
- no estableció/documento la identidad
  - tiene recursos en exceso
  - es un extranjero indocumentado
  - recibió una concesión para necesidades inmediatas en los últimos 90 días y no cumplió posteriormente los requisitos de elegibilidad
  - a usted se le expedieron Cupones para Alimentos el mismo día
  - Otro razón por el rechazo (por favor especifique):

- Asistencia para cubrir una necesidad inmediata no relacionada con la alimentación se le ha rechazado porque:
- no estableció/documento la identidad
  - tiene recursos en exceso
  - es un extranjero indocumentado
  - recibió una concesión para necesidades inmediatas en los últimos 90 días y no cumplió posteriormente los requisitos de elegibilidad
  - solicitó Asistencia en Efectivo el \_\_\_\_\_ (dentro de los últimos tres meses), usted recibió:

- (Fecha)
- concesión(es) para necesidades inmediatas
  - botiquín(es) de cuidado personal
  - Comprobante(s) de Buena Voluntad
  - Otras concesiones (por favor especifique).

y posteriormente, no cumplió con los requisitos de elegibilidad sin motivo justificado. Los reglamentos que nos permiten hacer esto son 18 NYCRR § 351.1, § 351.8, y § 352.7.

- Otras acciones tomadas hacia su solicitud:

**Asistencia Médica**

- Si usted necesita ayuda para pagar sus facturas médicas, tiene que solicitar Asistencia Médica por separado. Si desea más información sobre elegibilidad para Asistencia Médica, llame al número de teléfono de su Trabajador en la **página 1**.
- Su Asistencia Médica permanecerá sin cambios.
- Se está evaluando su solicitud de Asistencia Médica. Le enviaremos nuestra decisión dentro de 30 días.

**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.**

## Sección sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

Si usted cree que nuestra decisión fue equivocada, puede solicitar una revisión de nuestra decisión. Corregiremos nuestros errores. Usted puede tomar ambas medidas 1 y 2:

1. Solicitar una reunión (conferencia) con unos de nuestros supervisores;
2. Solicitar una audiencia imparcial Estatal con un Oficial de Audiencia Imparcial.

### 1) CONFERENCIA

Si usted cree que nuestra decisión es errónea, o si no entiende nuestra decisión, favor de llamarnos para programar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales (Fair Hearing and Conference – FH&C) en la **página 1** de este aviso o escriba a la dirección en la **página 1** de este aviso. A veces esta resulta ser la manera más rápida de resolver un problema que usted pueda tener. Le recomendamos a que así haga, aun si ha solicitado una Audiencia Imparcial. El solicitar una conferencia no le impide solicitar además una Audiencia Imparcial.

### 2) AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Usted tiene el siguiente número de días desde la fecha de este aviso para solicitar una Audiencia Imparcial:

Tipo de Beneficios	Plazo Límite
Asistencia en Efectivo, Asistencia Médica, Servicios Sociales	60 días
Beneficios de Cupones para Alimentos	90 días

Si este aviso le indica que usted debe reembolsar Asistencia en Efectivo porque firmó un acuerdo de reembolso, o porque los pagos atrasados de albergue que la HRA acordó reembolsar suman más que el máximo para albergue de la HRA, y si usted no está de acuerdo en efectuar este reembolso o si no está de acuerdo con la cantidad que la HRA estipula que usted debe reembolsar, debe llamar para solicitar una Audiencia Imparcial. Si usted no llama para una Audiencia Imparcial, no podrá reclamar posteriormente que la decisión de la agencia que usted tiene una deuda fue errónea. El plazo límite para llamar para una audiencia imparcial sobre el reembolso es el mismo que el plazo límite para cualquier medida de Asistencia en Efectivo sobre la cual este aviso le informa, 60 días.

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted cree que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son erróneo, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, 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 electrónica conectándose a:  
<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

Si usted no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por fax o por Internet, favor de escribir para solicitar una Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

**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. Usted puede traer a la audiencia a un abogado, un pariente, un amigo, o alguien para que le ayude con este propósito. Si usted no puede presentarse en persona, puede enviar a alguien que le represente. Si va a enviar a alguien que no es abogado a la audiencia que le represente, debe darle a esa persona una carta para el oficial de audiencias que indique que usted desea que esta persona le represente en la audiencia.

**Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse,** puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

Durante la audiencia, usted y su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de explicar por qué estamos equivocados y la oportunidad de entregarle al Oficial de Audiencias documentos que aclaren por qué estamos equivocados.

Para ayudarle a explicar en la audiencia por qué usted cree que estamos equivocados, usted debe traer a cualquier testigo que le puedan ayudar. Además, debe traer cualquier documento que tenga, como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas, declaraciones médicas.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya.

**SI SU SITUACIÓN ES EXTREMADAMENTE GRAVE, EL ESTADO INTENTARÁ TRAMITAR SU PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL LO MÁS RÁPIDO POSIBLE. SI USTED LLAMA PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA, FAVOR DE ESTAR LISTO PARA EXPLICAR SU SITUACIÓN A LA PERSONA QUE CONTESTE EL TELÉFONO. SI ESCRIBE, FAXEA O SE COMUNICA CON NOSOTROS POR INTERNET, NO FALTE EN EXPLICAR SU SITUACIÓN.**

**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. Éstos 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 **página 1** de este aviso.

#### PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

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

**Notice of Intent to Issue an Advance Allowance for Rent (Timely)**

This notice is being sent to advise you that in order to prevent eviction for nonpayment of rent, your landlord, \_\_\_\_\_, has agreed to accept a restricted advance allowance. Unless we hear from you before \_\_\_\_\_, we will issue this advance totaling \$ \_\_\_\_\_ (the amount of your rent arrears) to:

New York City Housing Authority (NYCHA)  Department of Housing Preservation and Development (HPD)

A

Amount to Be Issued	Period Covered	
	From	To:
\$		
\$		
\$		
\$		

B

Amount to Be Issued – Duplication	Period Covered	
	From:	To:
\$		
\$		
\$		
\$		

We have determined that the amount issued in Section B represents a duplication of rent previously issued on your behalf. We intend to recoup the money advanced by reducing your Cash Assistance grant by 10% until we have recouped all the money advanced. See State Regulations 18 NYCRR § 352.7(g)(3)(v), § 352.7(g)(4), § 352.11 and §352.31(d)(2). You have a right to ask your Worker for a determination of undue hardship which can reduce the amount recouped from each grant. However, the least amount that can be recouped from each grant is 5%. See State Regulations 18 NYCRR § 352.11 and § 352.31(d)(2).

If you do not want this advance allowance issued, call the Worker below before \_\_\_\_\_.  
Date

\_\_\_\_\_  
 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 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. 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

SAMPLE



Fecha del Aviso: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

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

Centro: \_\_\_\_\_

Unidad del Caso: \_\_\_\_\_

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

Núm. de Tel. de FH&C: \_\_\_\_\_

**Aviso de la Intención para Emitir una Asignación por Adelantado para Alquiler (A Tiempo Definido)**

Este aviso se envía para informarle de que, su casero, el \_\_\_\_\_, ha aceptado una asignación restringida por adelantado, para prevenir un desalojo por falta de pago de alquiler. A menos que usted nos avise antes del \_\_\_\_\_ le otorgaremos este adelanto por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ (la cantidad de su atraso de alquiler) a:

Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Nueva York  
(New York City Housing Authority – NYCHA)

Departamento de Conservación y Urbanización  
(Department of Housing Preservation and  
Development – HPD)

A

Cantidad que se Asignará	Periodo de Cobertura	
	De:	A:
\$		
\$		
\$		
\$		

B

Cantidad que se Asignará – Duplicada	Periodo de Cobertura	
	De:	A:
\$		
\$		
\$		
\$		

Hemos determinado que la cantidad expedida en la Sección B representa una duplicación del alquiler anteriormente expedido a nombre suyo. Tenemos la intención de recuperar el anticipo mediante una reducción del 10% de su concesión de Asistencia en Efectivo hasta que hayamos recuperado la cantidad completa del anticipo. Remítase a el Reglamento Estatal 18 NYCRR § 352.7(g)(3)(v), § 352.7(g)(4), § 352.11 y § 352.31(d)(2). Usted tiene el derecho de pedirle a su Trabajador que tome una determinación de que usted está sufriendo una privación indebida, la cual podría reducir la cantidad que se recuperará de cada concesión. Sin embargo, el porcentaje mínimo que se puede recuperar de cada concesión es el 5%. Remítase al Reglamento Estatal 18 NYCRR § 352.11 y § 352.31(d)(2).

Si no desea que se le asigne este anticipo, llame a su Trabajador más abajo antes del \_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (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 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.

**Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse,** puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

**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 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 en Efectivo.

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

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

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

### Notice of Action Taken on Underpayment Claim

On \_\_\_\_\_, you requested a case review to determine if your Cash Assistance grant was correct for the period of \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_. We are giving you this notice to tell you that:

- We have determined that your Cash Assistance grant was incorrect during the above period of time and are taking the following action:
  - Your Cash Assistance grant is being increased to \$ \_\_\_\_\_ effective \_\_\_\_\_
  - A retroactive payment in the amount of \$ \_\_\_\_\_ will be provided to correct the underpayment of Cash Assistance for the period indicated above. This payment will be included with your regular semimonthly Cash Assistance benefit.
- We have determined that your Cash Assistance grant was correct for the above period of time.

Enclosed please find the budget calculations which support the actions taken on your case.

\_\_\_\_\_  
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 ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Enclosure: Budget Calculation Sheet

## 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.

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

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

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

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

**FAIR HEARING REQUEST**

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

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

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

# SAMPLE

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

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

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

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

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

### Aviso de Acción Tomada Sobre Reclamo de Insuficiencia de Pago

El \_\_\_\_\_, usted solicitó una revisión de su caso para determinar si su concesión de Asistencia en Efectivo estuvo correcta durante el período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.  
Le entregamos este aviso para informarle que:

- Hemos determinado que su concesión de Asistencia en Efectivo no estuvo correcta durante el período indicado más arriba y estamos tomando la siguiente acción:
- Su concesión de Asistencia en Efectivo esta siendo aumentada a \$ \_\_\_\_\_ a partir del \_\_\_\_\_.
  - Un pago retroactivo por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ le será provisto para corregir la insuficiencia de pago de Asistencia en Efectivo durante el período indicado más arriba. Este pago será incluido con su beneficio bimensual normal de Asistencia en Efectivo.
- Hemos determinado que su concesión de Asistencia en Efectivo estuvo correcta durante el período indicado arriba.

Adjunto encontrará los cálculos presupuestarios en que se respaldan las medidas tomadas respecto a su caso.

\_\_\_\_\_  
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.**

Adjunta: Hoja de Cálculos Presupuestarios

## 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 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 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:  
**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 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.

**Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse,** puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

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



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

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: \_\_\_\_\_



## 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.

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

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

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

Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

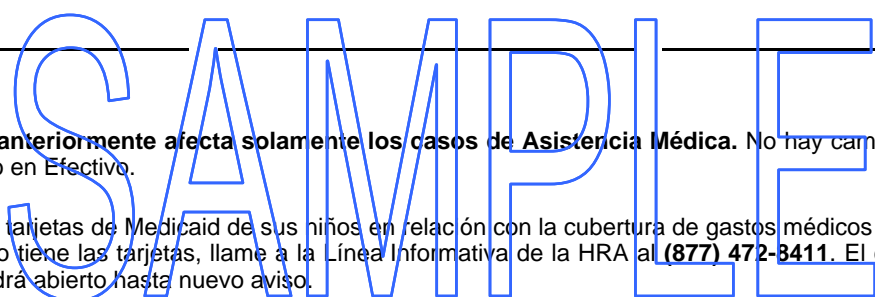
Número de Tel. del Trabajador: \_\_\_\_\_

Número de Tel.de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso Sobre Cobertura Continua de Medicaid para Niños Menores de 19 Años de Edad

Por la presente deseamos informarle de una noticia importante sobre sus niños y Medicaid. Conforme a la Ley de Servicio Social § 366(4)(q)(1) y § 366(4)(s), hemos reabierto el caso de Medicaid para los niños listados a continuación.

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Vigencia
_____		



La acción indicada anteriormente afecta solamente los casos de Asistencia Médica. No hay cambios en los casos de Asistencias de Dinero en Efectivo.

Usted puede usar las tarjetas de Medicaid de sus niños en relación con la cobertura de gastos médicos de ellos en cualquier momento. Si usted no tiene las tarjetas, llame a la Línea Informativa de la HRA al **(877) 472-8411**. El caso de Medicaid de sus niños se mantendrá abierto hasta nuevo aviso.

Nosotros le reembolsaremos a usted o a cualquier persona cualquier pago médico respecto a los antemencionados niños quienes hubieran sido cubiertos por el programa de Medicaid del Estado de Nueva York durante el período durante el cual el caso de Medicaid estuvo cerrado.

Para instrucciones sobre cómo someter cuentas médicas, lea el formulario adjunto: "Hoja de Datos para Presentación de Documentos de Reembolso de Cuentas de Medicaid o Dentales Pagadas" (**W-299M [S]**). Incluya una copia de este aviso con sus facturas médicas. Hemos incluido un sobre con el porte pagado para su conveniencia.

Si usted tiene cualquier factura médica de sus niños sin pagar, infórmele a sus proveedores de que pueden cobrarle el cuidado a Medicaid.

Ante cualquier duda sobre este aviso, llame a la Línea Informativa de la HRA: **(877) 472-8411**.

\_\_\_\_\_

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.**

Adjunta: "Hoja de Datos para Presentación de Documentos de 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.state.ny.us/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.

**Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse,** puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

**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: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
FH&C  
Phone Number: \_\_\_\_\_  
Action Code: \_\_\_\_\_

### Assignment Information Summary

You have been assigned to work as a(n) \_\_\_\_\_

Name of Position

in the Work Experience Program (WEP). If you have been found to be "employable with limitations," a WEP listing of typical tasks is enclosed, which lists the kinds of tasks included in these work categories.

The number of hours you are required to work every two weeks is \_\_\_\_\_ hours.

Child Care Hours: \_\_\_\_\_

You will receive carfare at the agency where you are assigned to work. Bring your HRA photo ID card. Your orientation location is:

Appointment Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

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

Agency Name/Site

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

Contact Person: \_\_\_\_\_

Travel Directions:

(continued on next page)



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 exempt for another reason such as:

- You have reached 60 years of age.
- You are in the last 30 days of pregnancy.
- You are a single parent caring for a child less than thirteen (13) weeks of age.
- HRA has determined you are needed at home to take care of a member of your household who is ill or incapacitated.

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 benefits will be reduced or terminated.

This notice 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 to do 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 by an HRA-authorized medical practitioner, 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 WEP assignment as medically inappropriate. The proper way to contest a WEP assignment is as follows:

1. Report to your assigned agency 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, your supervisor at the assignment, or the agency's WEP coordinator.
2. If you have not resolved the issue at your work site, you can also make an appointment to discuss your issues at a conference at HRA's Participants' Service Unit at **109 East 16th Street, Room 920A, New York, NY**. Call **(212) 835-8457**.
3. If you are not able to resolve your issues at the Participants' Service Unit conference, you may request a Fair Hearing. (Please see the Conference and Fair Hearing Information section of this notice for more information.)

### **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 states 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. However, if it is determined at a Fair Hearing that there is no basis for your claim that you are unable to engage in the assigned work activities and that you intentionally misrepresented your medical condition, your benefits will be reduced as a sanction.

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

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

You do not have to report to your assignment on holidays observed by your assigned 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, school closings, lack of child care or child care payment problems, or lack of transportation. "Good cause" also includes employment interviews and temporary or part-time employment.

**What to do 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 conciliation, conference and/or Fair Hearing within the time limit stated in the notice.

**What if you receive a Notice of Intent to discontinue 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, 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.**

## WEP Participant Typical Tasks by Assignment Cluster

Participant Name: \_\_\_\_\_  
First Name
M.I.
Last Name

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

Office Services	Maintenance Services
<ul style="list-style-type: none"> <li>● answer telephones</li> <li>● write messages</li> <li>● make appointments</li> <li>● greet and direct visitors</li> <li>● give general information</li> <li>● file records</li> <li>● fax documents</li> <li>● process routine papers</li> <li>● make copies and collate</li> <li>● set up meeting room</li> <li>● data entry</li> <li>● type on computer</li> <li>● serve as messenger</li> <li>● assist in mailroom</li> <li>● pack and unpack</li> <li>● check deliveries</li> <li>● receive, store and distribute supplies</li> <li>● assist with inventory control</li> <li>● operate postage meter</li> <li>● issue forms, supplies</li> <li>● post expenses</li> <li>● process vouchers</li> <li>● do simple bookkeeping</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● dust and polish</li> <li>● sweep and mop floors</li> <li>● wax and buff floors</li> <li>● empty wastebaskets</li> <li>● vacuum</li> <li>● wash windows, walls, etc.</li> <li>● clean toilets, basins, fixtures</li> <li>● replace restroom supplies</li> <li>● make minor repairs</li> <li>● operate elevator</li> <li>● remove refuse and debris</li> <li>● inspect grounds, doors, windows</li> <li>● report dangerous conditions</li> <li>● report defective equipment</li> <li>● fuel and service motor vehicles</li> <li>● act as parking lot attendant</li> <li>● maintain cleanliness of vehicles or garages</li> <li>● load and unload materials</li> <li>● remove snow, leaves, refuse</li> <li>● perform simple gardening work</li> <li>● perform hospital housekeeping tasks</li> </ul>

Human/Community Services	
<p><b>Support Cultural Events</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● sew costumes</li> <li>● set up display or exhibits</li> <li>● distribute flyers</li> <li>● collect fees, tickets</li> </ul>	<p><b>Assist Elderly at Home/Centers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● shop</li> <li>● clean home</li> <li>● escort to clinics, Centers, etc.</li> <li>● prepare meals</li> <li>● provide emotional support</li> <li>● provide simple bedside care</li> </ul>
<p><b>Assist in Cafeterias, Food Programs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● prepare food</li> <li>● serve food</li> <li>● set and clear tables</li> <li>● clean kitchen</li> </ul>	<p><b>Assist Children</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● monitor play area</li> <li>● monitor lunchroom</li> <li>● assist teacher</li> <li>● straighten up after activities</li> <li>● help children with clothing</li> <li>● read stories</li> <li>● help in library</li> </ul>
<p><b>General Services</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● provide information</li> <li>● interpret</li> <li>● serve as a parking attendant</li> </ul>	

### Assignment Information Summary

#### PARTICIPANT INFORMATION

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

Telephone Number: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Case Type: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ES Code: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ Job Center: \_\_\_\_\_

Borough of Residence: \_\_\_\_\_

#### ASSIGNMENT INFORMATION

Agency: \_\_\_\_\_

Job Code: \_\_\_\_\_

Assignment: \_\_\_\_\_

Description: \_\_\_\_\_

NS Date: \_\_\_\_\_

Report Date: \_\_\_\_\_

Work Hours: \_\_\_\_\_

Child Care: \_\_\_\_\_

Comment(s):

[Empty text box for comments]

#### INDIVIDUAL CHARACTERISTICS

High School: \_\_\_\_\_

Ex-Offender: \_\_\_\_\_

Ex-Addict: \_\_\_\_\_

Non-English Speaker: \_\_\_\_\_

## 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.

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

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

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of 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):** Continuing Your Benefit(s): If our decision affects your benefits and you ask for a Fair Hearing within ten (10) days of the date of this notice, we will restore your benefits to the level that they were at before this notice, until a Fair Hearing decision is issued.

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 work activity assignment issues.

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

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

SAMPLE

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

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

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

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

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

### Resumen Informativo de su Asignación

Usted ha sido asignado a trabajar de \_\_\_\_\_

Cargo

con el Programa de Experiencia Laboral (Work Experience Program – WEP). Si se determina que es "apto para trabajar con limitaciones", encontrará adjunto un listado de los tipos de tareas incluidas en estas categorías de trabajo.

El número de horas que se le requiere trabajar cada dos semanas es: \_\_\_\_\_ horas.

Cuidado Infantil: \_\_\_\_\_ horas.

Usted recibirá dinero para transporte en la agencia donde esté asignado a trabajar. Traiga su tarjeta de identificación de la HRA. A continuación lea los datos relativos a su orientación:

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de la Agencia: \_\_\_\_\_

Nombre de la Agencia/Local

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

Persona Contacto: \_\_\_\_\_

Indicaciones de Viaje:

(continúa en la próxima página)

Su participación en este programa es obligatoria, a menos que reciba otra asignación, consiga empleo, o la HRA determine que usted ya no es apto para trabajar, o esté exento por una razón como las que siguen:

- Usted ha alcanzado los 60 años de edad.
- Usted se encuentra en los últimos 30 días del embarazo.
- Si usted, como padre o madre sin pareja, cuida a un niño menor de trece (13) semanas de edad.
- La HRA ha determinado que se le necesita para cuidar a un miembro del hogar que esté enfermo o incapacitado.

Para poder recibir sus beneficios, debe trabajar el número de horas asignadas en su local de trabajo, a menos que tenga motivo justificado para no trabajar. Si usted no cumple el número de horas asignadas de trabajo sin motivo justificado, sus beneficios serán reducidos o terminados.

Este aviso le indica qué hacer si considera que no debe trabajar y que debe recibir otra asignación por algún problema de salud, o no puede acudir al trabajo por alguna otra razón.

### **¿Qué debería hacer usted si considera que no puede trabajar por razones de salud?**

Si no está de acuerdo con la determinación de que usted se encuentra en disposición de trabajar, puede solicitar una conferencia o una Audiencia Imparcial, o ambas. Para más información, favor de consultar la sección de este aviso sobre Conferencias y Audiencias Imparciales.

### **¿Cómo proceder si considera que se le debe asignar otro trabajo debido a problemas de salud?**

Usted puede alegar que su asignación no es la adecuada de acuerdo a su limitación a pesar de que un médico general autorizado por la HRA haya hecho una determinación de su limitación respecto al trabajo, usted ya haya informado sobre dichas limitaciones al supervisor de su local de trabajo, y la agencia en su mejor desenvolvimiento haya hecho arreglos tomando en cuenta las limitaciones. El procedimiento correcto para cuestionar una asignación de WEP es el siguiente:

1. Preséntese a su agencia asignada y obtenga información sobre su asignación. En caso de que usted dude que su asignación sea adecuada, puede tratar del asunto con la persona responsable de su asignación, con el supervisor en el lugar de la asignación, o con el coordinador de WEP de la agencia.
2. Si usted no ha solucionado el problema en el lugar de trabajo, puede solicitar una cita para tratarlo en una conferencia en la Unidad de Servicios al Participante de la HRA (HRA's Participants' Service Unit) en el 109 East 16th Street, Room 107, New York, NY. Llame al (212) 835-8457.
3. Si no puede solucionar sus problemas en la conferencia de la Unidad de Servicios al Participante, puede solicitar una Audiencia Imparcial. (Para más detalles, favor de remitirse a la sección de este aviso de Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales.)

### **¿Qué puede hacer si su estado de salud cambia de manera que afecte su capacidad para trabajar?**

Platicar sobre cualquier problema relacionado a su estado de salud con su supervisor en el lugar de empleo, y proporcionar documentación escrita en el membrete de su médico con el nombre, fecha, diagnóstico y pronóstico, al igual que constancia de las actividades de trabajo que su afección médica le impide llevar a cabo y el porqué de ello. Esta documentación debe ser original y actual, no se aceptarán fotocopias.

La agencia podría cambiar su asignación a otra basándose en la afección médica, tal como reseñada por la documentación proporcionada por usted. La agencia también podría enviarle a una evaluación médica.

Usted puede rehusarse a trabajar en su asignación de trabajo valiéndose de que la misma es incongruente con su afección médica. Sin embargo, si se determina en la Audiencia Imparcial que su reclamo respecto a su incapacidad de participar en las actividades de trabajo asignadas carece de fundamento, y que usted intencionadamente alegó datos falsos sobre su afección médica, sus beneficios serán reducidos o terminados.

Siga las instrucciones indicadas en la sección de abajo: **¿Qué tal si usted recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios?** si recibe un Aviso de la Intención a raíz de un cambio en su afección médica del cual la agencia aún no haya sido informada.



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

Usted no tiene que presentarse a su asignación de WEP durante días feriados observados por la agencia asignada a usted, durante sus días de observancia religiosa (deben ser documentados), o cuando tenga un "motivo justificado" para estar ausente.

### **¿Qué constituye "motivo justificado" para faltar a su asignación?**

"Motivo justificado" abarca toda circunstancia ajena a su voluntad, lo que incluye, pero no se limita a, enfermedad, emergencia familiar, servicio de jurado en la corte, cita en una oficina de la HRA, cierre de escuelas, problemas con el cuidado infantil y con el pago del mismo, y problemas de transporte. "Motivo justificado" también abarca entrevistas de trabajo, trabajos temporales o a tiempo parcial (part-time).

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

Antes de su hora programada de comienzo de trabajo, debe notificar a su supervisor por teléfono tan pronto sepa que se tardará en llegar o que va a faltar al trabajo. De no hacerlo, puede perder beneficios. Cuando regrese a su trabajo, proporcione documentación que explique el motivo de la tardanza o ausencia.

### **¿Qué tal si se ausenta o tarda en llegar sin motivo suficiente, o no notifica a su supervisor de que va a estar ausente o llegar tarde, o no proporciona la documentación?**

Si usted se ausentó o llegó tarde sin presentar motivo justificado, recibirá un aviso de incumplimiento con su asignación de trabajo. También podría recibir un aviso por no haberle notificado a su supervisor o no haber proporcionado documentación. Usted tendrá derecho a una conferencia, conciliación 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?**

Si recibe un Aviso de la Intención de discontinuar beneficios por usted no haber cumplido su asignación de trabajo, usted tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Sus beneficios continuarán, en lo que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial, siempre que usted solicite la Audiencia Imparcial dentro del plazo indicado en el Aviso de la Intención.

**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.**

## Tareas Típicas del Participante WEP por Grupo de Asignación

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

Número del Caso: \_\_\_\_\_

<b>Servicios Administrativos</b>	<b>Servicios de Mantenimiento</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● contestar el teléfono</li> <li>● anotar mensajes</li> <li>● arreglar citas</li> <li>● recibir y dirigir a visitantes</li> <li>● proporcionar información general</li> <li>● archivar expedientes</li> <li>● faxear documentos</li> <li>● tramitar documentos rutinarios</li> <li>● hacer fotocopias</li> <li>● habilitar salas de reuniones</li> <li>● procesar datos por computadora</li> <li>● mecanografiar</li> <li>● servir de mensajero</li> <li>● trabajar en oficinas de correos</li> <li>● hacer o deshacer paquetes</li> <li>● revisar entregas</li> <li>● recibir, almacenar y distribuir materiales</li> <li>● trabajar en control de inventario</li> <li>● operar medidor de franqueo</li> <li>● distribuir formularios y artículos de oficina</li> <li>● asentar gastos</li> <li>● tramitar comprobantes</li> <li>● llevar contabilidad básica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● quitar polvo y brillar objetos</li> <li>● barrer y trapear pisos</li> <li>● encerar y pulir pisos</li> <li>● vaciar papeleras</li> <li>● pasar aspiradoras</li> <li>● limpiar ventanas, paredes, etc.</li> <li>● limpiar baños y vajillas</li> <li>● limpiar inodoros, lavamanos e instalaciones fijas</li> <li>● reemplazar artículos de baño</li> <li>● elaborar artículos pequeños</li> <li>● operar ascensores</li> <li>● recoger desperdicios y desechos</li> <li>● inspeccionar terrenos, pisos, puertas y ventanas</li> <li>● reportar condiciones peligrosas</li> <li>● reportar equipo defectuoso</li> <li>● mantener, reparar y abastecer vehículos automotores de combustible</li> <li>● servir de encargado de estacionamiento</li> <li>● limpiar garajes</li> <li>● cargar y descargar materiales</li> <li>● realizar tareas sencillas de jardinería</li> <li>● realizar tareas domésticas y de hospitales</li> </ul>
<b>Servicios Humanos/Comunitarios</b>	
<p><b>Apoyo a Acontecimientos Culturales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● cocer disfraces</li> <li>● disponer exhibiciones o muestras</li> <li>● distribuir volantes</li> <li>● cobrar tarifas y entradas</li> </ul>	<p><b>Ayuda a Ancianos en su Hogar/Centro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● hacer compras</li> <li>● limpiar casas</li> <li>● acompañar a pacientes a clínicas, Centros, etc.</li> <li>● preparar comidas</li> <li>● proporcionar apoyo emocional</li> <li>● proporcionar cuidado de cabecera sencillo</li> </ul>
<p><b>Trabajo en Cafeterías y Programas de Comidas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● preparar comidas</li> <li>● servir comidas</li> <li>● poner y levantar mesas</li> <li>● limpiar cocinas</li> </ul>	<p><b>Asistencia a Niños</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● velar áreas de recreo</li> <li>● velar comedores</li> <li>● ayudar a maestros</li> <li>● arreglar locales tras actividades</li> <li>● ayudar a niños con el vestuario</li> <li>● leer cuentos</li> <li>● trabajar en bibliotecas</li> </ul>
<p><b>Servicios Generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● proporcionar información</li> <li>● interpretar idiomas</li> <li>● servir de encargado de estacionamiento</li> </ul>	

## Resumen Informativo de la Asignación

### INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Teléfono: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tipo de Caso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código ES: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

Condado de Residencia: \_\_\_\_\_

### DATOS SOBRE LA ASIGNACIÓN

Agencia: \_\_\_\_\_

Código de Empleo: \_\_\_\_\_

Asignación: \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

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

Fecha a Comparecer: \_\_\_\_\_

Horario Laboral: \_\_\_\_\_

Cuidado Infantil: \_\_\_\_\_

Comentario(s): \_\_\_\_\_

### CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA:

Bachillerato: \_\_\_\_\_

Ex Ofensor: \_\_\_\_\_

Ex Adicto: \_\_\_\_\_

No Habla Inglés: \_\_\_\_\_

## 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 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.

**Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse,** puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

**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):** Si nuestra decisión afecta sus beneficios y usted solicita una Audiencia Imparcial dentro de diez (10) días de la fecha del presente aviso, reistituiremos sus beneficios al nivel en el que se hallaban antes del aviso, hasta que se emita una decisión por parte de la Audiencia Imparcial.

Favor de recordar que si sólo solicita una conferencia, no 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 reconsidere nuestra decisión, debe solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días desde la fecha de este aviso en relación con asignaciones de actividades de trabajo.

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

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

SAMPLE

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

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

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

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

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

### Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits

You have met the eligibility criteria for Transitional Child Care benefits. Your Transitional Child Care benefits are effective \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, while you are employed.

Child care payments will be paid directly to \_\_\_\_\_  
Child Care Provider First Name M.I. Child Care Provider Last Name

Payments will be provided on behalf of the following:

Child(ren)	Provider	For the Amount of	Effective	Check <input checked="" type="checkbox"/> One
				<input type="checkbox"/> full time <input type="checkbox"/> part time
				<input type="checkbox"/> full time <input type="checkbox"/> part time
				<input type="checkbox"/> full time <input type="checkbox"/> part time
				<input type="checkbox"/> full time <input type="checkbox"/> part time

You are responsible for a family share, which must be paid to \_\_\_\_\_  
Child Care Provider First Name M.I. Child Care Provider Last Name

in the amount of \$ \_\_\_\_\_ per week.

Your provider(s) must submit a monthly attendance form (**HRA1**) to the HRA Voucher Payment Unit.

**In order to continue to receive benefits, these are your responsibilities:**

Notify the Transitional Child Care Unit at **(212) 835-7681** immediately of any change in family income, persons living in your household, employment child care arrangements or any other changes that may affect your continued eligibility or the amount of your benefit.

Promptly pay any family share required.

If you are transitioning from temporary assistance, you must actively pursue a child support order and modifications as required.

Near the end of the 12 months of Transitional Child Care benefits, you will receive an appointment letter from the Agency for Child Development (ACD) to redetermine your eligibility for publicly funded child care benefits.

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 415.3, 415.4, 415.7.

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

\_\_\_\_\_  
Date

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

\_\_\_\_\_  
Date

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

(continued on page 3)  
**SAMPLE**

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

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

### STATE FAIR HEARING

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

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

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

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



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

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

### Aviso de Elegibilidad de Beneficios de Cuidado Infantil de Transición

Usted reúne los criterios de elegibilidad respecto de beneficios de Cuidado Infantil de Transición. Sus beneficios de Cuidado Infantil de Transición entran en vigor \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, mientras que usted esté empleado(a).

Los pagos de cuidado infantil se efectuarán directamente a \_\_\_\_\_  
 Nombre del Proveedor      I.      Apellido del Proveedor

Los pagos se proveerán a nombre de las siguientes personas:

Niño(s)	Proveedor	Por la Cantidad de	A Partir de	Marque <input checked="" type="checkbox"/> Una
				<input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial
				<input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial
				<input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial
				<input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial

Usted tiene la responsabilidad de cubrir una porción familiar que debe ser pagadera a \_\_\_\_\_ la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ a la semana.  
 Nombre del Proveedor      I.      Apellido del Proveedor

Su(s) proveedor(es) debe(n) presentar un formulario de asistencia mensual (**HRA1**) a la Unidad de la HRA de Comprobantes de Pagos (HRA Voucher Payment Unit).

**Para usted poder seguir recibiendo beneficios, le corresponden las siguientes responsabilidades:**

Avisar inmediatamente a la Unidad de Cuidado Infantil de Transición al (212) 835-7681 tras cualquier cambio del ingreso familiar, las personas que están viviendo en su hogar, empleo, arreglos de cuidado infantil, o cualquier otro cambio que puede afectar su elegibilidad continua o la cantidad de su beneficio.

Pagar sin demora cualquier porción familiar que se exija.

Si usted está realizando la transición de asistencia temporaria, debe buscar una orden judicial de mantenimiento de niños junto con modificaciones según convenga.

Cerca del final de los 12 meses de beneficios de Cuidado Infantil de Transición usted recibirá una carta de cita de parte de la Agencia para el Desarrollo del Niño (Agency for Child Development – ACD) para redeterminar su elegibilidad respecto de beneficios de cuidado infantil financiados por el gobierno.

La(s) ley(e)s y/o regla(s) que nos permite(n) obrar de tal modo es/son 18 NYCRR § 415.3, 415.4, 415.7.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

(continúa en la página 3)

SAMPLE

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o 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/oaah/forms.asp>

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

**Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse**, puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

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

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

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

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

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

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

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

SAMPLE

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

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

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

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

Notice Date: \_\_\_\_\_

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

Case Name: \_\_\_\_\_

Center: \_\_\_\_\_

Caseload: \_\_\_\_\_

FH&C Telephone Number: \_\_\_\_\_

### Request for Advance Payment to Prevent Eviction

#### Notice of Recoupment of Advance Payment

In order to receive an advance, you must agree to a recoupment of the advance from future Cash Assistance payments. You do not have to agree to the amount of recoupment stated below to receive the advance. If you do not agree, the Department is required to send you a **Notice of Intent to Recoup Advance Payment** and you have the right to a conference and Fair Hearing. Even if you now agree to the amount of the recoupment, you may subsequently request a Fair Hearing. If you are receiving Family Assistance (FA) or Safety Net Assistance (SNA), we will recoup 10% of your household needs from each of your future benefits until the amount advanced is recouped. You have a right to ask your Worker for a determination of undue hardship which can reduce the amount recovered from each benefit. However, the least amount that can be recouped from each benefit is 5%.

#### Request for Advance

I am requesting an advance payment from my Cash Assistance grant in the amount of \$ \_\_\_\_\_ to pay the back rent owed in order to prevent an eviction.

I have read the above "Notice of Recoupment of Advance Payment" and understand it.

\_\_\_\_\_  
Applicant/Participant 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 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  
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.

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

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

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

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

SAMPLE

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



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

### Solicitud de Pago para Prevenir Desahucio

#### Aviso de Recuperación de Adelanto de Pago

Si usted desea recibir un pago por adelantado, usted debe consentir a que se recupere la cantidad del adelanto de posteriores beneficios de Asistencia en Efectivo. No es necesario que esté de acuerdo con la cantidad indicada más abajo para recibir el adelanto. Si no está de acuerdo, el Departamento tiene la obligación de enviarle un **Aviso de la Intención de Recuperar el Adelanto**, y usted tiene derecho a una Conferencia y a una Audiencia Imparcial. Aun si usted ahora consiente en la cantidad de la recuperación, puede solicitar posteriormente una Audiencia Imparcial. Si usted está recibiendo Asistencia Familiar (Family Assistance – FA) o Asistencia de Red de Seguridad (Safety Net Assistance – SNA), nosotros recuperaremos el 10% de sus necesidades domésticas de cada uno de sus beneficios posteriores hasta que recuperemos la cantidad del adelanto. Usted tiene el derecho de pedirle a su Trabajador una determinación de privación indebida, lo cual puede reducir la cantidad a ser recuperada de cada beneficio, no obstante, la cantidad mínima a ser recuperada de cada beneficio es de 5%.

#### Solicitud de Adelanto

Estoy solicitando un pago por adelantado de mi concesión de Asistencia en Efectivo por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ para pagar el atraso de alquiler y prevenir un desahucio.

Confirmando que he leído y comprendo el "Aviso de Recuperación del Adelanto de Pago" indicado más arriba

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante/Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (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 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:  
**14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
<http://www.oida.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.

**Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse,** puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

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

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

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

### PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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

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

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que devolver todo beneficio que haya recibido sin derecho a ello, 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 solicitar 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 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 New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

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

SAMPLE

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Worker Name: \_\_\_\_\_  
Worker Phone: \_\_\_\_\_  
FH&C Phone: \_\_\_\_\_  
Recertification Process: \_\_\_\_\_

### Notice of Recertification Appointment

This letter is to inform you that in order to assist us in determining if you continue to be eligible for the receipt of Cash Assistance, medical assistance and/or food stamps, you must be recertified as follows:

**Your Recertification will take place:**

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
Location: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
 Other:

SAMPLE

**To reschedule your interview**

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

The following adult individual(s), who according to our records is/are 18 years of age or older

The following case member(s) must be finger imaged. Arrangements will be made at the interview to be finger imaged.

Provide Social Security Number for

**Be sure to read the "Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits" section of this notice.**

Depending on the program(s) for which you are recertifying, you will need to provide information on and proof of the items checked below that explain your current situation and how it has changed. If you need any help getting this proof, please let your Worker know as soon as possible.

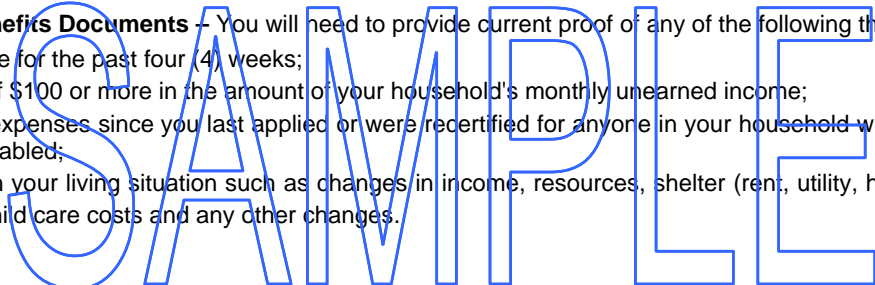
If the Center you report to requires a paper recertification application, it will be provided to you when you arrive for your interview. If you are reporting to a Center that uses a paperless computer system, your recertification application will be completed and filed on the computer. You will be assisted with this electronic recertification process. Regardless of how you file your recertification application, you must provide all documents requested in this appointment notice at the time of your face-to-face interview or through the mail-in interview process.

**Cash Assistance: Proof of Documents** – You will need to:

- provide information about the people in your home;
- prove that the people who get assistance live in your home;
- show proof of expenses (such as rent, utilities, child care);
- show proof of any income you get;
- show proof of any assets you have;
- show proof of any changes in your living situation, such as change in household size.

**Food Stamp Benefits Documents** – You will need to provide current proof of any of the following that apply:

- earned income for the past four (4) weeks;
- any change of \$100 or more in the amount of your household's monthly unearned income;
- any medical expenses since you last applied or were recertified for anyone in your household who is 60 years of age or older or disabled;
- any change in your living situation such as changes in income, resources, shelter (rent, utility, heat, telephone, etc.), family size, child care costs and any other changes.



**Child Care Notice**

To participate in a work activity, if you have children under the age of 13, you may need to make child care arrangements. If you have a child care provider, have him/her complete the child care provider enrollment form, **which is being sent to you in a separate envelope**, and submit it with your recertification application.

**What happens if I do not**

**Cash Assistance** – If you do not

we will think that you do not want Cash Assistance. We will then close your Cash Assistance case and send you a notice informing you of the closing date. This decision is based on 18 NYCRR § 351.22.

**Medical Assistance** – A face-to-face interview is not required to continue your medical assistance. However, you must report any changes in address, income, resources or household size to this department.

**Food Stamp Benefits** – 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.  
Last Day of Certification Period  
Last Day of Certification Period

If you, a member of your household or your authorized representative do not

you will not get Food Stamp benefits unless you apply again and are eligible. If any proof is still needed after

you will be told what you need to submit and you will have at least ten (10) days to submit it. This decision is based on 18 NYCRR § 387.17.

**What If I No Longer Want or Need Assistance?**

If you do not want or need Cash Assistance, Food Stamp benefits and/or medical assistance, please tell us. If you want any of these benefits to stop, check the box(es) below next to the benefit(s) and tell us the reason why. It is important for you to tell us why you want your case closed because, depending on the reason, you may be able to get medical assistance for up to a year. You may also be able to get help with your child care expenses.

If you check any of the box(es) below, sign, date and send this form to the address of the Job Center listed on page 1 of this form.

SAMPLE

- I do not want or need CASH ASSISTANCE. (If you check this box but still want Food Stamp benefits, you must submit a recertification application in the manner explained on page 4 in the Interview/Application Rights for Food Stamp Benefits section of this notice. Your medical assistance will continue unless you also check the next box.)
- I do not want MEDICAL ASSISTANCE.
- I do not want FOOD STAMP BENEFITS.

Reason:

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

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

\_\_\_\_\_  
Date Signed

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.  
BE SURE TO READ THE INTERVIEW/APPLICATION RIGHTS FOR FOOD STAMP BENEFITS AND  
THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION SECTION OF THIS NOTICE  
FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

## 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.

**SAMPLE**

### 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 redetermined. 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.

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

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

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

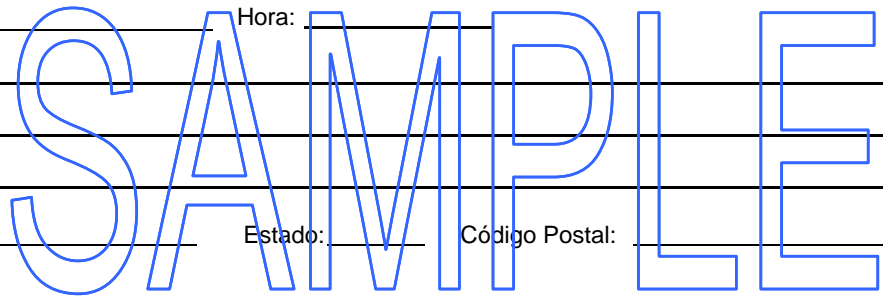
Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
Nombre del Trabajador: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajador: \_\_\_\_\_  
Teléfono de FH&C: \_\_\_\_\_  
Proceso de Recertificación: \_\_\_\_\_

### Aviso de Cita de Recertificación

Esta carta es para informarle de que para que podamos determinar si usted aún es elegible respecto a Asistencia en Efectivo, asistencia médica y/o Cupones para Alimentos, se tiene que recertificar como se indica a continuación:

**Su Recertificación tendrá lugar en:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Otro:



**Para cambiar su cita**

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

Los siguientes adultos, que de acuerdo con nuestros archivos tienen 18 años de edad o más

A los siguientes miembros del caso se le tienen que tomar imágenes digitales. Durante la entrevista se harán los arreglos para tomar las imágenes digitales.

Proporcione el Número de Seguro Social de

**Asegúrese de leer la sección de este aviso llamada "Derechos Relativos a su Entrevista/Solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos."**

Dependiendo del programa(s) para el cual se está recertificando, usted tendrá que proporcionar información y pruebas de los asuntos marcados a continuación que explican su situación actual y cómo ha cambiado. Si necesita cualquier ayuda para obtener dichas pruebas, favor de informar a su Trabajador lo más pronto posible.

Si el Centro al que usted se presente requiere que la solicitud de recertificación sea de papel, dicha solicitud se le proveerá al usted llegar a su entrevista. Si de lo contrario, usted se presenta a un Centro que utiliza un sistema computarizado sin papel, su solicitud de recertificación será llenada y procesada por computadora. Además, usted recibirá ayuda durante dicho proceso electrónico de recertificación. Sin embargo, ya sea que usted presente su solicitud en papel o no, usted tiene que proporcionar todos los documentos requeridos en este aviso de cita al presentarse a su entrevista en persona o si se entrevista por correo.

**Asistencia en Efectivo: Documentos Comprobantes** – Usted tendrá que:

- proporcionar información sobre las personas en su hogar;
- probar que las personas que reciben asistencia viven en su hogar;
- presentar pruebas de gastos (tales como el alquiler, electricidad y/o gas, cuidado infantil);
- presentar pruebas de todo ingreso que reciba;
- presentar pruebas de todo bien que posea;
- presentar pruebas de cualquier cambio en su situación de vivienda, tal como el número de miembros de su hogar.

**Documentos de Beneficios de Cupones para Alimentos** – Usted tendrá que proporcionar pruebas actuales de lo siguiente, si corresponde:

- ingreso salarial de las últimas cuatro (4) semanas;
- cualquier cambio de \$100 o más en la cantidad de los ingresos mensuales no salariales del hogar;
- todo gasto médico posterior a su última solicitud o recertificación de cualquier persona incapacitada o de 60 años de edad o mayor en su hogar;
- cualquier cambio en su situación de vivienda, tal como en su ingreso, recursos financieros, vivienda (alquiler, electricidad y/o gas, calefacción, teléfono, etc.), tamaño de la familia, gastos de cuidado infantil o cualquier otro cambio.

**Aviso respecto a Cuidado Infantil**

Para participar en una actividad de trabajo, si tiene niños menores de 13 años de edad, puede que tenga que hacer arreglos de cuidado infantil. Si tiene un proveedor de cuidado infantil, encárguese de que él o ella llene el formulario de inscripción del proveedor de cuidado infantil **que se le ha enviado en un sobre por separado** y preséntelo con su solicitud de recertificación.

**¿Qué sucede si no**

**Asistencia en Efectivo** – Si usted no

supondremos que usted no desea recibir Asistencia en Efectivo. Dada la situación, cerraremos su caso de Asistencia en Efectivo y le enviaremos un aviso que le informará de la fecha del cierre. Esta decisión se basa en 18 NYCRR § 351.22.

**Asistencia Médica** – No se le requiere entrevista en persona para continuar su asistencia médica. Sin embargo, usted tiene que reportar a este departamento cualquier cambio de dirección, ingresos, recursos o número de miembros del hogar.

**Beneficios de Cupones para Alimentos** – Si usted presenta su solicitud de recertificación antes del \_\_\_\_\_  
Último Día del Período de Certificación  
y aún es elegible, recibirá beneficios de Cupones para Alimentos sin interrupción. Sin embargo, usted no recibirá  
beneficios de Cupones para Alimentos después del \_\_\_\_\_ a menos que se haya recertificado.  
Último Día del Período de Certificación

Si usted, un miembro de su hogar, o su representante autorizado no

usted no recibirá beneficios de Cupones para Alimentos a menos que solicite de nuevo y que sea elegible. Si aún se necesitan más pruebas después de

se le informará de lo que necesita presentar y tendrá por lo menos diez (10) días para presentarlo. Esta decisión se basa en 18 NYCRR § 387.17.

**¿Qué Sucede Si no Necesito ni Deseo Asistencia?**

Favor de informarnos si usted no desea o no necesita Asistencia en Efectivo, beneficios de Cupones para Alimentos y/o asistencia médica. Si desea que cualquiera de estos beneficios sean suspendidos, marque la(s) casilla(s) más abajo al lado del beneficio(s) y díganos la razón de ello. Es importante que nos diga el motivo por el cual desea cerrar su caso, debido a que dependiendo del motivo, podría recibir asistencia médica hasta por un año. Además tal vez pueda obtener ayuda para sus gastos de cuidado infantil.

Si usted marca alguna(s) de las casilla(s) más abajo, firme, feche y envíe este formulario a la dirección del Centro de Trabajo indicado en la primera página de este formulario.

- No deseo ni necesito ASISTENCIA EN EFECTIVO. (Si usted marca esta casilla pero aún desea Beneficios de Cupones para Alimentos, tiene que presentar la solicitud de recertificación del modo explicado en la sección de Derechos Relativos a su Entrevista/Solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos en la página 4 de este aviso. Su asistencia médica continuará a menos que también marque la siguiente casilla.)
- No deseo ASISTENCIA MÉDICA.
- No deseo BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS.

Motivo:

Firma del Participante

Número del Caso

Fecha de la Firma

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.  
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 e Información Adicional

- 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 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.

**Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse,** puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

**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 pública, 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:**

SAMPLE

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

Núm. del Caso: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

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