



OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #17-96-OPE

MONTHLY UPDATES: (EXP-85JJ, FIA-1129, FIA-1152F, FIA-1152G, HRA-102A, HRA-102D, HRA-146, HRA-146A, HRA-146B, HRA-146C, HRA-146D, HRA-146E, HRA-146F, HRA-146G, OLA-1G, W-100E, W-100G, W-100H, W-116P, W-273X, W-901A, W-901AA, W-901E)

Date: October 31, 2017	Subtopic(s): Forms
	<p>The following forms have been added to eDocs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The forms listed below were developed for the new On Demand Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Application process. A separate Policy Bulletin will be published to explain the process related to these forms: <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Application Interview Notice for the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Action is Required!” (FIA-1152f); and ▪ “Application Interview Appointment Notice for the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)” (FIA-1152g); • The “Request For Medical /Clinical Information” (HRA-102d) is a new form that will be sent by the Office of Constituent Affairs to individuals who request that HRA provide them with a reasonable accommodation (RA). The form must be completed by a licensed medical or clinical provider, and then faxed or returned to the individual who requested the RA. The form includes a HIPPA authorization for the disclosure of individual health information; • The forms listed below were developed for the new Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) Program. A separate Policy Directive will be published to explain the process related to these forms: <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Notice to Landlords Regarding the New Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) Program” (HRA-146); ▪ “Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) A and B Application” (HRA-146a);

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

- “Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement A (FHEPS A) Approval Notice” (**HRA-146b**);
 - “Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement B (FHEPS B) Approval Notice” (**HRA-146c**);
 - “Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement A (FHEPS A) Denial Notice” (**HRA-146d**);
 - “Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement B (FHEPS B) Denial Notice” (**HRA-146e**);
 - “The Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS)” (**HRA-146f**);
 - “The Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) Program What You Need to Know” (**HRA-146g**).
- “Important Notice” (**OLA-1g**) form was created by the Support & Lien Recovery Litigation Unit. It is provided to individuals who have requested a Claim Detail Report (CDR), on behalf of their client, and instructions on how to obtain a certified copy of the CDR from the New York State Department of Health; and
 - “Job Search Business Link Appointment” (**W-116P**) notice was revised to meet plain language guidelines and the telephone number under the “Travel Directions” box was replaced with two new telephone numbers.

The following forms and posters have been made obsolete:

- “Important Information About Child Only Grants” (**EXP-85JJ**);
- “Important Information About Changes in Your Non Cash Assistance (NCA) Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Center” (**FIA-1129**);
- “Reasonable Accommodation Request (RAR) Form” (**HRA-102a**);
- “De-assignment Letter” (**W-100E**);
- “Important Notice Regarding Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Work Requirements” (**W-100G**);
- “Loss of Employment Form” (**W-100H**);
- “Obtaining Authorization to Administer Medication to Subsidized Children in Legally-Exempt Care” (**W-273X**);
- “Telephone Recertification Contact Information” (**W-901A**);
- “Food Stamp Recertification Insert” (**W-901AA**);
- “Food Stamp Telephone Recertification Reminder Notice” (**W-901E**).

Center Directors must ensure that only the latest versions of forms (available on HRA eDocs) are used and that previous versions of the forms are removed from circulation and recycled.

Effective Immediately

Attachments:

FIA-1152f (E)	Application Interview Notice for the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Action is Required!
FIA-1152f (S)	Application Interview Notice for the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Action is Required! (Spanish)
FIA-1152g (E)	Application Interview Appointment Notice for the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
FIA-1152g (S)	Application Interview Appointment Notice for the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Spanish)
HRA-102d (E)	Request For Medical /Clinical Information
HRA-102d (S)	Request For Medical /Clinical Information (Spanish)
HRA-146 (E)	Notice to Landlords Regarding the New Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) Program
HRA-146a (E)	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement A and B (FHEPS A and B) Application
HRA-146a (S)	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement A and B (FHEPS A and B) Application (Spanish)
HRA-146b (E)	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement A (FHEPS A) Approval Notice
HRA-146b (S)	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement A (FHEPS A) Approval Notice (Spanish)
HRA-146c(E)	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement B (FHEPS B) Approval Notice
HRA-146c (S)	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement B (FHEPS B) Approval Notice (Spanish)
HRA-146d (E)	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement A (FHEPS A) Denial Notice
HRA-146d (S)	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement A (FHEPS A) Denial Notice (Spanish)
HRA-146e (E)	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement B (FHEPS B) Denial Notice
HRA-146e (S)	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement B (FHEPS B) Denial Notice (Spanish)

HRA-146f (E)	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS)
HRA-146f (S)	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) (Spanish)
HRA-146g (E)	The Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) Program What You Need to Know
HRA-146g (S)	The Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) Program What You Need to Know (Spanish)
OLA-1g (E)	Important Notice
W-116P (E)	Job Search Business Link Appointment
W-116P (S)	Job Search Business Link Appointment
EXP-85JJ	Important Information About Child Only Grants (Obsolete)
FIA-1129	Important Information About Changes in Your Non Cash Assistance (NCA) Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Center (Obsolete)
HRA-102a	Reasonable Accommodation Request (RAR) Form (Obsolete)
W-100E	De-assignment Letter (Obsolete)
W-100G	Important Notice Regarding Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Work Requirements (Obsolete)
W-100H	Loss of Employment Form (Obsolete)
W-273X	Obtaining Authorization to Administer Medication to Subsidized Children in Legally-Exempt Care
W-901A	Telephone Recertification Contact Information (Obsolete)
W-901AA	Food Stamp Recertification Insert (Obsolete)
W-901E	Food Stamp Telephone Recertification Reminder Notice (Obsolete)

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

**Application Interview Notice for the
Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
Action is Required!**

On _____, we received your SNAP application. You must contact us to be interviewed.

SAMPLE

You should contact us by _____.

It may take longer to get the benefits you qualify for if you contact us after _____.

Our offices are closed on Saturdays, Sundays and legal holidays.

Please call **718-SNAP-NOW** (718-762-7669) to have your SNAP telephone interview. Our business hours are Monday through Friday from 8:30 am to 5:00 pm.

If you want an in-person interview, call _____ to schedule an appointment or come into a SNAP Center as soon as possible. A list of SNAP Centers is included with this letter.

Your application will be denied if you do not have an interview by

_____ !

(Please ignore this notice if you completed your interview.)

Turn over for more information on page 2

What documents will I need?

You will need to give us documents that prove the information you gave us on your application. If you had a SNAP case before, we may have documents from you that can be used again.

You can give us documents after your interview. You will be given 10 calendar days after your interview to give us any documents we ask for.

For each person who is applying, you **must** give documents that prove:

- Identity
- Income
- Members of your household (the people you live with)

For each person who is applying, you **may need** to give documents that prove:

- Citizenship **or**
- Current immigration status

You will need to give documents that prove your home address (if you have one), and the number of people you live with.

You may need to give us additional documents. We have enclosed the SNAP Documentation Guide (**W-129G**) that lists examples of documents that you can give.

Helpful Tips to Save You Time:



Submit your documents with the
NYC HRA Document Upload app.



Bring your documents to an
in-person interview.



Mail your documents in the enclosed
postage paid envelope.



Fax your documents to:

If you have questions:



CALL INFOLINE: _____

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

Aviso de Entrevista de Solicitud para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

¡Hay que tomar una medida!

El _____, nosotros recibimos su solicitud de SNAP. Usted debe comunicarse con nosotros para llevar a cabo una entrevista.

Usted debe comunicarse con nosotros para el _____.

Puede que usted se tarde más en obtener los beneficios a los cuales tiene derecho, si se comunica con nosotros después del _____.

Nuestras oficinas están cerradas los sábados, domingos y días feriados oficiales.

Por favor llame al **718-SNAP-NOW** (718-762-7669) para llevar a cabo su entrevista telefónica de SNAP. Las horas laborables son de lunes a viernes, desde las 8:30 am hasta las 5:00 pm.

Si usted desea una entrevista en persona, llame al _____ para programar una cita o preséntese a un Centro de SNAP tan pronto posible. Incluida con esta carta, vea una lista de los centros de SNAP.

¡Se denegará su solicitud si usted no lleva a cabo una entrevista para el _____ !

(Por favor haga caso omiso de esta carta si usted ya ha llevado a cabo su entrevista.)

Vea a continuación más información en la página 2

¿Qué documentos serán necesarios?

Será necesario que usted nos presente los documentos que comprueben los datos indicados en su solicitud. Si usted ha tenido previamente un caso de SNAP, puede que ya contemos con documentos de parte suya, los cuales se pueden usar de nuevo.

Usted puede presentarnos los documentos tras llevar a cabo la entrevista. A usted se le otorgarán 10 días calendarios tras llevar a cabo la entrevista, para presentarnos cualquier documento solicitado.

Todo solicitante **debe** presentar documentación que compruebe lo siguiente:

- Su identidad
- Su ingreso
- Los miembros de su hogar (las personas que residen con usted)

Todo solicitante **puede tener que** presentar documentación que compruebe lo siguiente:

- La ciudadanía
- El actual estado migratorio legal

Usted tendrá que presentar documentación que compruebe la dirección postal de su hogar (de tenerlo), y el número de personas con quienes vive.

Puede que usted tenga que presentarnos documentación adicional. Nosotros hemos adjuntado la Guía de Documentación de SNAP (**W-129G [S]**), en la que figuran ejemplos de los documentos que usted puede presentar.

Consejos útiles para ahorrarle tiempo:



Presente sus documentos mediante la aplicación para la Subida de Documentos de la **HRA de la ciudad de Nueva York**.



Traiga los documentos consigo a la entrevista en persona.



Envíe los documentos por correo postal en el adjunto sobre con franqueo pagado.



Faxeos los documentos al:

Ante cualquier pregunta:



LLAME A LA INFOLINE AL: _____

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

Application Interview Appointment Notice for the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

On _____, you called to schedule an in-person interview appointment. The details of your appointment are listed below:

Appointment Date: _____	Time: _____
SNAP Center Name: _____	
Address: _____	
City: _____	State: _____ Zip Code: _____

SAMPLE

If you **cannot** keep the appointment, please call us at _____ to reschedule.

Your application will be denied if you do not have an interview by

_____ !

(Please ignore this notice if you completed your interview.)

If you don't want to wait for your scheduled appointment, call **(718) SNAP NOW** (718-762-7669) for your interview!

Turn over for more information on page 2

Did you know that telephone interviews just got easier?

Now, you can decide when you have your telephone interview! If you change your mind and want to have a telephone interview, call **718-SNAP-NOW** (718-762-7669) during business hours. Our business hours are Monday through Friday from 8:30 am to 5:00 pm.

What documents should I bring to the interview appointment?

You will need to give us documents that prove the information you gave us on your application. If you had a SNAP case before, we may have documents from you that can be used again.

You can give us documents after your interview. You will be given 10 calendar days after your interview to give us any documents we ask for.

For each person who is applying, you **must** give documents that prove:

- Identity
- Income
- Members of your household (the people you live with)

For each person who is applying, you **may need** to give documents that prove:

- Citizenship **or**
- Current immigration status

You will need to give documents that prove your home address (if you have one), and the number of people you live with.

You may need to give us additional documents. We have enclosed the SNAP Documentation Guide (**W-129G**) that lists examples of documents that you can give.

Helpful Tips to Save You Time:



Submit your documents with the **NYC HRA Document Upload** app.



Bring your documents to an in-person interview.



Mail your documents in the enclosed postage paid envelope.



Fax your documents to:

If you have questions:



Call Infoline: _____

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

Aviso de Entrevista de Solicitud para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

El _____, usted llamó para programar una cita de entrevista en persona. Los detalles de la cita se indican a continuación:

Fecha de la cita: _____	Hora: _____
Nombre del Centro de SNAP: _____	
Dirección: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____ Código Postal: _____

Si usted **no puede** cumplir la cita, por favor llámenos al _____ para reprogramarla.

¡Se denegará su solicitud si usted no lleva a cabo una entrevista para el

_____ !

(Por favor haga caso omiso de esta carta si usted ya ha llevado a cabo su entrevista.)

Si usted no desea esperar para la cita programada, ¡llame al **(718) SNAP-NOW** (718-762-7669) para su entrevista!

Vea a continuación más información en la página 2

¿Sabe usted que ahora es más fácil llevar a cabo la entrevista telefónica?

¡Ahora usted puede decidir cuándo llevar a cabo la entrevista telefónica! Si usted cambia de parecer y desea llevar a cabo una entrevista telefónica, llame al **718-SNAP-NOW** (718-762-7669) durante las horas laborables. Nuestras horas laborables son de lunes a viernes, desde las 8:30 am hasta las 5:00 pm.

¿Qué documentos debo traer conmigo a la cita de entrevista?

Será necesario que usted nos presente los documentos que comprueben los datos indicados en su solicitud. Si usted ha tenido previamente un caso de SNAP, puede que ya contemos con documentos de parte suya, los cuales se pueden usar de nuevo.

Usted puede presentarnos los documentos tras llevar a cabo la entrevista. A usted se le otorgarán 10 días calendarios tras llevar a cabo la entrevista, para presentarnos cualquier documento solicitado.

Todo solicitante **debe** presentar documentación que compruebe lo siguiente:

- su identidad
- su ingreso
- los miembros de su hogar (las personas que residen con usted)

Todo solicitante **puede tener que** presentar documentación que compruebe lo siguiente:

- su ciudadanía **o**
- su actual estado migratorio legal

Usted tendrá que presentar documentación que compruebe la dirección postal de su hogar (de tenerlo), y el número de personas con quienes vive.

Puede que usted tenga que presentarnos documentación adicional. Nosotros hemos adjuntado la Guía de Documentación de SNAP (**W-129G [S]**), en la que figuran ejemplos de los documentos que usted puede presentar.

Consejos útiles para ahorrarle tiempo:



Presente sus documentos mediante la aplicación para la Subida de Documentos de la **HRA de la ciudad de Nueva York**.



Traiga los documentos consigo a la entrevista en persona.



Envíe los documentos por correo postal en el adjunto sobre con franqueo pagado.



Faxe los documentos al:

Ante cualquier pregunta:



Llame a la Infoline al: _____

REQUEST FOR MEDICAL/CLINICAL INFORMATION

You have asked for a reasonable accommodation that requires medical/clinical documentation. Please follow the instructions below.

INSTRUCTIONS AND INFORMATION
<p>➤ Please have your provider complete pages 3 and 4 of this form. We need this information to make a decision about your request for a reasonable accommodation. If you want to send the pages to us yourself, you can do so by mail to:</p> <p style="text-align: center;">Human Resources Administration Office of Constituent Services (OCS) 150 Greenwich Street, 35th Floor New York, NY 10007</p> <p>You may also fax the forms to (212) 331-4685, email to ConstituentAffairs@hra.nyc.gov or give them to your worker.</p>
<p>➤ Please sign the HIPAA Authorization on page 5 if you want your provider to send the forms to us. This will let us discuss information with your provider. Your provider should send us pages 3 and 4 of this form. We will also accept signed documentation on the licensed provider's letterhead.</p>
<p>➤ You (or your provider) must provide us with any medical/clinical documents that support your request within thirty (30) days.</p>
<p>➤ You are responsible for returning documents to us (or making sure that your provider does) in support of this request.</p>
<p>➤ We will review all documentation provided to us and send you a written notice about our decision on your Reasonable Accommodation Request.</p>
<p>➤ If you do not agree with our decision, you or your authorized representative can file an appeal with the HRA ADA Compliance Officer. We will review your appeal to see if we made the right decision.</p> <p>To file an appeal, you have to ask us for an appeal in writing within 30 days of the date we told you about the decision.</p>

NEED HELP GETTING DOCUMENTS?
<p>➤ If you need help getting documents from your provider, please sign and return the HIPAA Authorization on page 5. This will let us talk to your provider and get the documents we need.</p>
<p>➤ If your conditions make it hard for you to get medical/clinical documentation in support of your request, please call us at (212) 331-4640 for help.</p>

This is a blank page.

SAMPLE

REQUEST FOR MEDICAL/CLINICAL INFORMATION

INSTRUCTIONS FOR PROVIDER

Your patient has requested that the New York City Human Resources Administration (HRA) provide him/her with a reasonable accommodation/modification in order to receive meaningful access to HRA's programs, benefits and services. Please provide a detailed description of the specific physical and/or mental condition(s) that affects the patient's ability to perform certain tasks and engage in certain activities, any reasonable accommodation needed and the relationship between the accommodation and the patient's disability or condition. You may attach additional medical information to the forms as needed.

Please fax this completed form to (212) 331-4685 or return this to the patient.

Name of Patient (Please Print): _____

Date of Birth: _____

Social Security Number, if known: _____

Case Number, if known: _____

Name of Provider: _____

Address of Provider: _____

Telephone Number of Medical Provider: _____

1) Please state patient's medical and/or mental health condition(s):

SAMPLE

2) Please provide a detailed description of the specific physical and/or mental health restrictions/limitations affecting the patient's ability to perform certain tasks and engage in certain activities. Please describe how this affects the patient's ability to travel and participate in HRA appointments.

REQUEST FOR MEDICAL/CLINICAL INFORMATION (Continued)

- 3) Indicate whether the patient's condition(s) is permanent, chronic or temporary. If the patient's condition(s) is temporary, please state its anticipated duration.

- 4) Indicate what treatment if any the patient is currently receiving associated with his/her medical and/or mental health conditions(s) including, but not limited to, any medication or therapy.

- 5) Please describe the reasonable accommodation needed by the patient and how the accommodation will assist the patient with their medical and/or mental health conditions.

- 6) Does the patient's physical and/or mental health condition(s) make it difficult for the patient to perform the following activities? (If so, please fully describe the difficulties the patient has for each checked box):

Walking and/or Climbing Stairs: Describe: _____

Traveling and/or Taking Public Transportation: Describe: _____

Cognitive Functions (i.e. concentrating, remembering, understanding). Describe: _____

Sitting or Standing for extended periods of time. Describe: _____

Being in crowded places. Describe: _____

Licensed Provider's Signature: _____

Date: _____

Provider's License number: _____

PETICIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA/CLÍNICA

Usted ha solicitado un arreglo razonable que requiere documentación médica/clínica. Favor de seguir las instrucciones más abajo.

INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Favor de pedirle a su proveedor que llene las páginas 3 y 4 de este formulario. Necesitamos esta información para tomar una decisión respecto a su solicitud de arreglo razonable. Si usted desea enviarnos estas páginas usted mismo(a), envíelas por correo a: 	<p>Human Resources Administration Office of Constituent Services (OCS) 150 Greenwich Street, 35th Floor New York, NY 10007</p>
<p>Usted también puede faxear el formulario al (212) 331-4685, enviarlo por correo electrónico a ConstituentAffairs@hra.nyc.gov o entregárselo a su trabajador</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Favor de firmar la Autorización de HIPAA en la página 5, si usted desea que su proveedor nos envíe los formularios. Esto nos permitirá tratar de la información con su proveedor. Su proveedor debe enviarnos las páginas 3 y 4 de este formulario. También aceptaremos documentación firmada en el membrete del proveedor con licencia 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Usted (o su proveedor) debe proporcionarnos todos los documentos médicos/clínicos que justifiquen su solicitud dentro de treinta (30) días. 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Usted es responsable de devolvernos los documentos (o asegurarse de que su proveedor lo haga) para justificar su solicitud. 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nosotros revisaremos toda la documentación proporcionada y le enviaremos a usted un aviso por escrito de nuestra decisión respecto a su Petición de Arreglo Razonable. 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, usted o su representante autorizado pueden interponer apelación ante el Funcionario de Cumplimiento (Compliance Officer) de ADA de la HRA. Nosotros revisaremos su apelación para cerciorarnos de haber tomado la decisión justa. <p>Usted debe interponer su apelación por escrito dentro de 30 días de la fecha en que le informemos de la decisión.</p>	
¿NECESITA AYUDA PARA OBTENER DOCUMENTOS?	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si usted necesita ayuda para obtener documentos de parte de su proveedor, favor de firmar y devolver la Autorización HIPAA en la página 5. Esto nos permitirá hablar con su proveedor y obtener los documentos necesarios. 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si sus afecciones le dificultan obtener la documentación médica/clínica para justificar su solicitud, favor de llamarnos al (212) 331-4640 para asistencia. 	

Esta página es en blanco.

SAMPLE

REQUEST FOR MEDICAL/CLINICAL INFORMATION

INSTRUCTIONS FOR PROVIDER

Your patient has requested that the New York City Human Resources Administration (HRA) provide him/her with a reasonable accommodation/modification in order to receive meaningful access to HRA's programs, benefits and services. Please provide a detailed description of the specific physical and/or mental condition(s) that affects the patient's ability to perform certain tasks and engage in certain activities, any reasonable accommodation needed and the relationship between the accommodation and the patient's disability or condition. You may attach additional medical information to the forms as needed.

Please fax this completed form to (212) 331-4685 or return this to the patient.

Name of Patient (Please Print): _____

Date of Birth: _____

Social Security Number, if known: _____

Case Number, if known: _____

Name of Provider: _____

Address of Provider: _____

Telephone Number of Medical Provider: _____

1) Please state patient's medical and/or mental health condition(s):

SAMPLE

2) Please provide a detailed description of the specific physical and/or mental health restrictions/limitations affecting the patient's ability to perform certain tasks and engage in certain activities. Please describe how this affects the patient's ability to travel and participate in HRA appointments.

REQUEST FOR MEDICAL/CLINICAL INFORMATION (Continued)

- 3) Indicate whether the patient's condition(s) is permanent, chronic or temporary. If the patient's condition(s) is temporary, please state its anticipated duration.

- 4) Indicate what treatment if any the patient is currently receiving associated with his/her medical and/or mental health conditions(s) including, but not limited to, any medication or therapy.

- 5) Please describe the reasonable accommodation needed by the patient and how the accommodation will assist the patient with their medical and/or mental health conditions.

- 6) Does the patient's physical and/or mental health condition(s) make it difficult for the patient to perform the following activities? (If so, please fully describe the difficulties the patient has for each checked box):

Walking and/or Climbing Stairs: Describe: _____

Traveling and/or Taking Public Transportation: Describe: _____

Cognitive Functions (i.e. concentrating, remembering, understanding). Describe: _____

Sitting or Standing for extended periods of time. Describe: _____

Being in crowded places. Describe: _____

Licensed Provider's Signature: _____

Date: _____

Provider's License number: _____

AUTORIZACIÓN HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

Nombre del Paciente: _____ Número de Seguro Social: _____
 Dirección del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, o mi representante autorizado, solicito/a que se divulgue la información médica respecto a mi cuidado y tratamiento tal como se estipula en el presente formulario. Conforme al Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, la Regla de Confidencialidad de la Ley de 1996 de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA), y 42 U.S.C. § 290dd-2 y las reglas de implementación en 42 C.F.R. Parte 2, entiendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con **ALCOHOLISMO y DROGADICCIÓN, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, con la excepción de notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON VIH*** sólo si escribo mis iniciales en la línea indicada en el Artículo 10(b). En caso de que la información médica reseñada a continuación incluya cualquiera de este tipo de datos, y de que yo escriba mis iniciales en la casilla en el Artículo 10(b), autorizo explícitamente la divulgación de tal información indicada en el Artículo 10(b) a la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (NYC HRA).
- En caso de que la HRA determine que yo sea posiblemente elegible para beneficios federales para discapacitados, autorizo a la HRA para que divulgue mis datos de tratamiento médico y/o de salud mental, lo que puede incluir información confidencial relacionada con VIH y/o expedientes de tratamiento para alcoholismo o drogadicción a la Administración de Seguro Social (SSA) para que revise mi elegibilidad de beneficios federales para discapacitados.
- Entiendo que tengo derecho de solicitar una lista de las personas quienes pueden recibir o utilizar mis datos relacionados con VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación de información relacionada con VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al **(212) 961-8650** o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al **(212) 306-7450**. Sobre estas agencias recae la responsabilidad de proteger mis derechos.
- Entiendo que no es obligatorio firmar esta autorización. Conforme a mi autorización de esta divulgación, no estarán sujetos a condiciones todo lo siguiente: el tratamiento, el pago a los proveedores del mismo, la inscripción en un plan médico, la elegibilidad para beneficios. No obstante, si yo no autorizo a la HRA para compartir mis datos médicos con la SSA, puede resultar en la discontinuación de mis beneficios de Asistencia en Efectivo (CA).
- Entiendo que yo puedo anular esta autorización excepto en la medida que la HRA y mi proveedor médico ya la hayan cumplido. Yo puedo anular esta autorización en cualquier momento al escribir al proveedor médico a la dirección de la HRA indicada a continuación: **NYC Human Resources Administration, Office of Constituent Services, 150 Greenwich Street, 31st Floor, New York, NY 10007**
- Bajo ciertas circunstancias, los destinatarios autorizados de mis datos médicos pueden tener derecho a divulgar nuevamente mi documentación médica sin tener que obtener consentimiento adicional por escrito de parte mía. Entiendo que tal nueva divulgación puede carecer del amparo de la ley federal o estatal.
- Esta autorización no le concede a mi proveedor el derecho de tratar de mi información médica o de mi caso médico con nadie excepto con la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York, como se estipula en el artículo 10(b).**

AUTORIZACIÓN PARA TRATAR DE INFORMACIÓN MÉDICA

- Nombre y dirección del proveedor médico o entidad autorizados para divulgar esta información: _____
- Nombre y dirección de la agencia a la cual se enviará esta información: **NYC Human Resources Administration, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007**
- Información concreta a divulgarse: **Los expedientes médicos para todo el año previo a la fecha de la firma a continuación.** Incluya (Indique con sus iniciales):
 Tratamiento para Alcoholismo/ Drogadicción Información Psiquiátrica Información relacionada con VIH
- Al escribir mis iniciales aquí _____, autorizo a _____ (iniciales) _____ (Nombre del proveedor de cuidado médico particular) a tratar de mi información médica con la **Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York**.
- Motivo de la divulgación de datos: **Según la petición del paciente**
- Fecha o circunstancia en que se vencerá esta autorización: **Un año desde la fecha de la firma**
- A no ser la firma del paciente, nombre del firmante: _____
- Autoridad para firmar a nombre del paciente: _____

Se han llenado todos los artículos presentados en este formulario, y se han contestado mis preguntas respecto a este formulario. Además, se me ha proporcionado una copia del formulario.

 Firma del Paciente o Representante Legalmente Autorizado(a)

 Fecha

*** El Virus de Inmunodeficiencia Humana causa el SIDA. La Ley de Salud Pública de Nueva York protege la información que puede identificar dentro de lo razonable a una persona con síntomas o infección de VIH, al igual que protege la información de los contactos de dicha persona.**

Date: _____

Case Number: _____

Participant Name: _____

Notice to Landlords Regarding the New Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) Program

We are writing to inform you that beginning December 2017, your tenant is being transferred into a new rent supplement program, FHEPS. The method and number of checks you receive may change.

As we begin this transition in December, you will receive two checks from us, twice per month. Once this is completed, you will receive one check from us, twice per month.

Your tenant has been notified of these changes and that they must continue to pay the difference between their actual rent and the amount that we pay you.

If your tenant sends you more money than is owed to you in rent, you must return the money to your tenant.

If you have any questions about this transfer please call us at the Rental Assistance Call Center **(929) 221-0043**.

Thank you for your cooperation.

Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement A and B (FHEPS A and B) Application

1. Client Information

Head of Household's First Name _____ MI _____ Last Name _____

Current Mailing Address Street _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Phone Number _____ Alternate Phone Number _____

Cash Assistance (CA) Case Number _____

Are you in a special assessment situation? Yes No

2. Reason for Application

Check one:

FHEPS to stay in your apartment

New FHEPS application to move to new apartment (*enter new address at bottom of page 1*)

Are you moving from an HRA or DHS Shelter? Yes No

If No, reason for move:

Move from one FHEPS apartment to another FHEPS apartment (*enter new address at bottom of page 1*)

Reason for move: (*Must include good cause to justify move*)

New apartment Address (if applicable)

Street _____

City _____ State _____ Zip Code _____

(Turn page)

2. Reason for Application (continued)

- FHEPS Modification:
- Change in Income
 - Change in Rent
 - Change in Household Composition
- Application to Restore FHEPS; Prior Approval Date: _____

3. Proof of Eviction Proceeding (only required if you are facing eviction or have been evicted)

Select the document(s) that is being used as proof of a past/present eviction proceeding:

- Proof of an eviction proceeding, such as a Housing Court petition, judgment, order, or stipulation.
- Foreclosure Proceeding. Notice of possession (or writ of assistance), judgment of foreclosure, or notice of petition and holdover.
- Proof of Court-Ordered or City Agency vacate order.
- Proof that the household has to leave the apartment for health and/or safety reasons as determined by a City agency.

Does someone in the CA household appear as a tenant of record on the documents used as proof?

- Yes (skip to section 4)
- No (proof of residency at the time of the eviction proceeding must be provided.)

Indicate documentation submitted as proof of residency at the time of the eviction proceeding:

- Lease or agreement
- DMV Records
- School Records
- Bank Statements
- Phone / Utility Bill
- Other (please indicate)

(Turn page)

4. People Who Will Live in the Apartment

List all people who will live in the apartment. Include any individuals who are not receiving Cash Assistance and any individuals who have not moved into the apartment yet (such as a roommate).

The person listed on line 1 should be the head of household.

No.	Last Name	First Name, MI	Date of Birth	Relationship to Head of Household
1				Self
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

SAMPLE

(Turn page)

5. Income of People Who Will Live in the Apartment

If any person who will live in the apartment has income, please indicate in "Monthly Income" column below. Indicate the source of each individual's income (e.g. CA, Supplemental Security Income (SSI), Job, Foster Care payments).

No.	Name	Monthly Income	Income Source(s)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

6. Lease Information for Apartment to Receive FHEPS Supplement

Is there a current lease or agreement for this apartment? Yes No

If yes, what is the lease renewal date? _____

If yes, is this lease information for the current apartment or a new apartment? Current New

If there is no lease or if the lease or rental agreement expires in less than 1 year, you must explain or provide proof that you can stay in the apartment for at least 1 year after your application is approved. (*Enter explanation below*)

Is the applicant household named in the lease or agreement? Yes No

If No, please verify that each requirement below is met:

The tenant of record must have a lease or otherwise have residency rights for at least 12 months for the residence at the time of approval of the application; **and**, Yes No

The tenant of record must have an income below 200% of the Federal Poverty Level; **and**, Yes No

The applicant(s) must be named as co-tenant on the tenant of record's lease, in a court stipulation, or in a written agreement with the tenant of record or landlord that grants residency rights for at least 12 months from the time of application. Yes No

(Turn page)

7. Rental Information

Total Monthly Rent \$ _____

Is the apartment rent regulated, controlled or stabilized? Yes No

If yes, is the current rent a preferential rent? Yes No

If yes, what is the maximum legal rent? _____

If the household has a roommate, please provide proof of ability to pay rent and date residency will begin.

Residency Start Date: _____

List contribution(s) to Rent by individuals or organizations who are not part of the CA household. This includes roommates or other individuals who are not on CA, whether or not they live/will live in the apartment.

Name	Rent Contribution

SAMPLE

8. Arrears (if arrears are not being requested, please skip to Section 9)

Total Rent Arrears Sought \$ _____

If total rent arrears sought are over \$9,000, please describe any special circumstances:

Is the applicant's name on the submitted eviction documentation? Yes No

If the applicant's name is not on the submitted eviction documentation, the applicant must submit proof of the family's portion of the accrued rent arrears for any period of time when the FHEPS family resided in the apartment.

Indicate documentation submitted as proof of residency at time of the accrued rent arrears:

- Lease or agreement
- School Records
- Phone / Utility Bill
- Other (please indicate) _____
- DMV Records
- Bank Statements

(Turn page)

8. Arrears (continued)

Are there arrears for a time period when the applicant was not living in the apartment?

Yes No

If yes, list the time period(s):

9. Applicant/Participant Agreement *(by signing below, you acknowledge that you have read, understood, and agree to the following)*

I agree that my full monthly rent is \$ _____ and that I owe my landlord the amount that my rent supplement and Cash Assistance (CA) grant does not cover.

I agree to inform the household member(s) who are not part of the CA case of their obligation to pay their share of the rent either directly to the landlord or to me as a contribution to household expenses.

I agree to have my rent supplement from HRA sent directly to my landlord and to report to my Job Center within 10 days if I learn that my landlord has changed or has a new mailing address.

I agree to report to my Job Center within 10 days and make an appointment with my preparer (if appropriate) within 10 days if anyone moves in or out of my home, if my income changes, if anyone is accepted for SSI, if the income of anyone else in my home changes (except for yearly cost of living increases) or if my rent changes. While this application is pending, I will report these changes to my preparer.

If I receive a rent supplement, I understand I cannot move without first obtaining written approval from NYC HRA for the move. I understand that I must complete a new application.

Applicant/Participant Signature

Date

10. Preparer Information

Worker Name _____

Location _____

Telephone Number _____ Extension (if any) _____

Solicitud del Suplemento de las Familias Sin Techo y de Prevención de Desahucio A y B (FHEPS A y B)

1. Información del Cliente

Nombre del Jefe del Hogar _____ I _____ Apellido _____

Dirección Postal Actual Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de Teléfono Alterno _____

Número de Teléfono _____

Número del Caso de Asistencia en Efectivo (CA) _____

¿Está usted en una situación de evaluación especial? Sí No

2. Motivo de la Solicitud

Marque una casilla:

- FHEPS para permanecer en su apartamento
- Nueva solicitud de FHEPS para mudarse a nuevo apartamento (*ingrese la nueva dirección en la parte inferior de la página 1*)

¿Se está mudando de un refugio de la HRA o DHS? Sí No

En caso negativo, motivo de la mudanza:

- Mudanza de un apartamento FHEPS a otro apartamento FHEPS (*ingrese la nueva dirección en la parte inferior de la página 1*)

Motivo de la mudanza: (*Se debe incluir motivo justificado por la mudanza*)

Nueva Dirección del Apartamento (si corresponde)

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

(Voltee la página)

2. Motivo de la Solicitud (continuación)

- Modificación de FHEPS:
- Cambio de Ingreso
 - Cambio de Alquiler
 - Cambio en la Composición del Hogar
- Solicitud para Restaurar FHEPS; Fecha de Aprobación Anterior: _____

3. Prueba de Trámite de Desahucio (sólo necesaria si usted se enfrenta con desahucio o ya ha sido desahuciado)

Seleccione el/los documento(s) que sirva(n) de prueba de trámite de desahucio anterior/actual:

- Prueba de trámite de desahucio, como petición del Tribunal de Vivienda, fallo, orden, o estipulación.
- Ejecución hipotecaria. Aviso de posesión (o mandamiento de asistencia), fallo de ejecución hipotecaria, o aviso de petición y retención.
- Prueba de Orden de Desocupación por parte de tribunal o agencia de la ciudad.
- Prueba que los miembros del hogar tiene que salir del apartamento por motivos de salud y/o de seguridad tal como lo ha determinado una agencia de la ciudad.

¿Figura algún miembro del hogar de CA como inquilino oficial en los documentos usados como prueba?

- Sí (salte a la sección 4)
- No (se debe presentar prueba de residencia a la hora del proceso de desahucio.)

Indique la documentación presentada como prueba de residencia a la hora del proceso de desahucio:

- Contrato o acuerdo de arrendamiento
- Expedientes de DMV
- Expedientes Académicos
- Extractos de Cuentas
- Factura de Teléfono / de Servicios Públicos
- Otro documento (favor de indicar)

(Voltee la página)

4. Residentes Futuros del Apartamento

Liste a todas las personas quienes vivirán en el apartamento. Incluya a toda persona quien no reciba Asistencia en Efectivo y a toda persona quien aún no se haya mudado al apartamento (como un compañero de cuarto).

La persona listada en la línea 1 debe ser el jefe del hogar.

Núm.	Apellido	Nombre, Inicial	Fecha de Nacimiento	Relación con el Jefe del Hogar
1				Sí mismo(a)
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

(Voltee la página)

5. Ingreso de los Residentes Futuros del Apartamento

Si cualquier persona que vivirá en el apartamento gana ingreso, favor de indicarlo en la columna "Ingreso Mensual" más abajo. Indique la fuente del ingreso de cada persona (p.ej., CA, Ingreso de Seguridad Suplementaria [SSI], trabajo, pagos de cuidado temporal).

Núm.	Nombre	Ingreso Mensual	Fuente(s) de Ingreso
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

6. Información sobre el Contrato de Arrendamiento para que el Apartamento Reciba Suplemento de FHEPS

¿Hay contrato o acuerdo de arrendamiento actual para este apartamento? Sí No

¿En caso afirmativo, cuál es la fecha de renovación del contrato de arrendamiento?

En caso afirmativo, es esta información del contrato de arrendamiento para el actual apartamento o para uno nuevo? Actual Nuevo

Si no hay contrato de arrendamiento o si el contrato o acuerdo de arrendamiento se vence en menos de 1 año, usted debe explicar o proveer prueba de que usted puede permanecer en el apartamento durante por lo menos 1 año después de que se apruebe su solicitud (*Anote la explicación más abajo*)

¿Está nombrado el hogar solicitante en el contrato o acuerdo de arrendamiento? Sí No

En caso negativo, favor de verificar que se cumplan todos los requisitos más abajo:

El inquilino oficial debe tener un contrato de arrendamiento o sino Sí No

tener derecho de residencia de por lo menos 12 meses para la residencia en cuestión a la hora de la aprobación de la solicitud; y,

El inquilino oficial debe tener ingreso inferior al 200% del Nivel Federal de Pobreza; y, Sí No

El/los solicitante(s) debe(n) estar nombrado(s) como coinquilinos en el contrato de arrendamiento del inquilino oficial, en una estipulación judicial, o en un acuerdo por escrito con el inquilino oficial o casero que otorgue el derecho de residencia durante por lo menos 12 meses desde la fecha de la solicitud. Sí No

(Voltee la página)

7. Información de Alquiler

Alquiler Mensual Total \$ _____

¿Tiene el apartamento alquiler regulado, controlado o estabilizado? Sí NoEn caso afirmativo, es el alquiler actual preferencial? Sí No

En caso afirmativo, cuál es el alquiler máximo legal? _____

Si el hogar tiene un compañero de cuarto, favor de proporcionar prueba de la capacidad de pagar alquiler y la fecha en que comenzará la residencia.

Fecha de Comienzo de la Residencia: _____

Lista de contribución(es) de alquiler por personas u organizaciones que no son parte del hogar de CA. Esto incluye a compañeros de cuarto u otras personas que no reciban CA, independientemente de si vivan/vivirán en el apartamento.

Nombre	Contribución de alquiler

8. Atrasos (si no se han solicitado atrasos, favor de saltar a la Sección 9)

Total de Atrasos de Alquiler Reclamados \$ _____

Si el total de los atrasos de alquiler reclamados suman más de \$9,000, favor de explicar cualquier circunstancia especial:

¿Figura el nombre del solicitante en la documentación presentada de desahucio ?

 Sí No

Si el nombre del solicitante no figura en la documentación de desahucio presentada, el solicitante debe proporcionar prueba de la porción familiar de atrasos de alquiler acumulados por cualquier período de tiempo cuando la familia de FHEPS residía en el apartamento.

Indique la documentación presentada como prueba de residencia a la hora de los atrasos de alquiler acumulados:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contrato o acuerdo de arrendamiento | <input type="checkbox"/> Expedientes de DMV |
| <input type="checkbox"/> Expedientes académicos | <input type="checkbox"/> Extractos de Cuentas |
| <input type="checkbox"/> Factura Teléfono / de Servicios Públicos | |
| <input type="checkbox"/> Otro documento (favor de indicar) | <div style="border: 1px solid black; width: 450px; height: 20px;"></div> |

(Voltee la página)

8. Atrasos (continuación)

¿Hay atrasos por un período cuando el solicitante no vivía en el apartamento?

Sí No

En caso afirmativo, liste el/los período(s):

9. Acuerdo del Solicitante/Participante *(al firmar más abajo, usted reconoce que ha leído, entendido, y acordado a lo siguiente)*

Estoy de acuerdo que mi alquiler mensual total suma \$ _____ y que le debo a mi casero la cantidad no cubierta por mi suplemento de alquiler y la concesión de mi Asistencia en Efectivo (CA).

Acuerdo informar a los miembros del hogar quienes no sean parte del caso de CA de su obligación de pagar su porción del alquiler, ya sea directamente al casero o a mí, como contribución de los gastos del hogar.

Acuerdo que se envíe mi suplemento de alquiler de la HRA directamente a mi casero y a presentarme a mi Centro de Trabajo dentro de 10 días si averiguo que mi casero haya cambiado o que tenga nueva dirección postal.

Acuerdo presentarme a mi Centro de Trabajo dentro de 10 días y programar una cita con mi preparador (en caso apropiado) dentro 10 días si alguien se muda a mi apartamento o fuera del mismo, si mi ingreso cambia, si se acepta a alguien para recibir SSI, si el ingreso de cualquier otra persona en el hogar cambia (excepto por el incremento del costo anual de vida) o si cambia mi alquiler. Mientras esta solicitud está pendiente, reportaré estos cambios a mi preparador.

Si recibo un suplemento de alquiler, entiendo que no puedo mudarme sin primero obtener aprobación por escrito de parte de HRA de la ciudad de Nueva York. Entiendo que debo llenar una nueva solicitud.

Firma del Solicitante/Participante

Fecha

10. Información del Preparador

Nombre del Trabajador _____

Ubicación _____

Número de Teléfono _____ Extensión (de haberla) _____

Date: _____
 Case Number: _____
 Participant Name: _____
 Fair Hearing & Conference
 Telephone Number: _____

Family Homelessness and Eviction Prevention Supplement A (FHEPS A) Approval Notice

Your application for FHEPS, dated _____, has been approved as follows:

Address for which FHEPS is approved: _____

Your household is responsible for paying directly to your landlord the monthly share of
 \$ _____.

SAMPLE

We used the information listed below to decide the monthly amount your household must pay to the landlord.	
1. Number of Individuals in Household Receiving Cash Assistance (CA):	
2. Number of Individuals in Household Not Receiving CA:	
3. Total Income for Individuals Receiving CA:	
4. Total Income for Individuals Not Receiving CA:	
5. Apartment Rent	
<i>CA Shelter Allowance (which HRA will pay to the Landlord):</i>	
<i>FHEPS Rent Supplement (which HRA will pay to the Landlord):</i>	
<i>Household Share (This is the amount you must pay to the landlord):</i>	

The laws and/or regulations which allow us to do this are 18 N.Y.C.R.R. §352.3(a)(3).

Note: This approval is based on your current situation and may change. You always have to pay your landlord the difference between your rent and any money we pay to your landlord.

(Turn page)

- Any changes to your income or who lives with you may change these amounts.
- You must tell us of any changes to your income who lives with you, or the amount of your rent within 10 days.
- If someone who lives with you is sanctioned (because they did not do something that we required) and your CA Shelter benefits are lowered, your FHEPS Rent Supplement amount will also be lowered. You must pay the higher rent directly to the Landlord during that time.
- The FHEPS Rent Supplement amount will be stopped if the family no longer has a CA case or no longer has a child under 18 years of age, or under 19 years who is a full-time student regularly attending a secondary school, or the equivalent level of vocational or technical training.
- A household receiving a FHEPS Rent Supplement may not move to a new address and keep eligibility for FHEPS unless we approve it first.

If you have any questions about this decision please call us at the Rental Assistance Call Center _____.

SAMPLE

Do you have a medical or mental health condition or disability? Does this condition make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking? Does this condition make it hard for you to get other services at HRA? **We can help you.** Call us at 212-331-4640. You can also ask for help when you visit an HRA office. You have a right to ask for this kind of help under the law.

**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.**

(Turn page)

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 (a conference is an 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

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 you must ask within ninety (90) days for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) 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.

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 (and keep a copy for yourself) of this 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**

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

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

(5) **ONLINE:** Complete an online request form at:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

If you have a disability, and cannot travel, you may appear through a representative such as 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.

(Turn page)

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.

AVAILABILITY OF POLICY MATERIALS: The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) policy issuances and HRA policy issuances and manuals are available to you or your representative to determine whether a fair hearing should be requested or to prepare for a fair hearing. OTDA policy issuances and manuals are posted on the OTDA website at <http://www.otda.ny.gov/legal>. In addition, upon request to HRA, specific OTDA and HRA policy issuances and manuals are also available to explain how the agency reached its determination. To request policy issuances and manuals, call (718) 722-5012, or fax (718) 722-5018, or email CRO@hra.nyc.gov or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

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

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

[Empty rectangular box for providing reasons for a Fair Hearing request]

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
 Número del Caso: _____
 Nombre del Participante: _____
 Número de Teléfono de Audiencia Imparcial y Conferencia _____

Aviso de Aprobación del Suplemento A para la Prevención de Desalojamiento y Estado sin Techo de Familias (FHEPS A)

Su solicitud de FHEPS, con fecha del _____, ha sido aprobada según indicado a continuación:

Dirección por la cual FHEPS se ha aprobado: _____

Su hogar es responsable de pagarle directamente al casero la porción mensual de \$ _____.

SAMPLE

Nosotros utilizamos la información listada más abajo para determinar la cantidad mensual que su hogar debe pagarle al casero.	
1. Número de personas en el hogar quienes reciban Asistencia en Efectivo (CA):	
2. Número de personas en el hogar quienes No reciban CA:	
3. Ingreso total para las personas quienes reciben CA:	
4. Ingreso total para las personas quienes No reciban CA:	
5. Alquiler del Apartamento	
<i>Asignación de Albergue de CA (que la HRA pagará al casero):</i>	
<i>Suplemento de Alquiler de FHEPS (que la HRA le pagará al casero):</i>	
<i>Porción del Hogar (Ésta es la cantidad que usted debe pagar al casero):</i>	

La ley y/o regla que nos permite tomar esta medida es 18 N.Y.C.R.R. § 352.3(a)(3).

Nota: Esta aprobación se basa en su actual situación y puede cambiar. Usted siempre tiene que pagar a su casero la diferencia entre su alquiler y cualquier dinero que nosotros pagemos a su casero.

(Voltee la página)

- Cualquier cambio en su ingreso o en las personas que vivan con usted puede cambiar estas cantidades.
- Usted debe informarnos dentro de 10 días de cualquier cambio en su ingreso, de quien viva con usted, o de la cantidad de su alquiler.
- Si alguien que vive con usted está bajo sanción (por no cumplir algún requisito nuestros) y sus beneficios de albergue CA se han reducido, su Suplemento de Alquiler de FHEPS también se reducirá. Usted debe pagar la cantidad de alquiler superior directamente a su casero durante este período.
- El Suplemento de Alquiler de FHEPS se cancelará si la familia ya no tiene caso de CA o si ya no tiene un niño menor de 18 años de edad, o menor de 19 años quien sea estudiante a tiempo completo y quien asista regularmente a la secundaria, o a un nivel equivalente de preparación vocacional o técnica.
- El hogar que recibe Suplemento de Alquiler de FHEPS no puede mudarse a un nuevo local y conservar elegibilidad de FHEPS, a menos que nosotros lo aprobemos primero.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre esta decisión, llámenos al Centro de Llamadas de Asistencia de Alquiler (Rental Assistance Call Center) al _____.

¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica? ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? Nosotros podemos prestarle ayuda. Llámenos al 212-331-4640. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

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

(Voltee la página)

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera errónea nuestra decisión, o si no la entiende, por favor llámenos para programar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) en la **página 1** de este aviso, o escribanos a la dirección en la **página 1** de este aviso. A veces éste resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que tenga. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha solicitado una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

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, o de servicios sociales; y tiene que presentar solicitud dentro de noventa (90) días para asuntos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Si usted no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Discapacitados por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de solicitar por escrito una Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted considera errónea(s) la(s) decisión(es) que estamos tomando, 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 al llamar.)

(2) POR ESCRITO: Envíe una copia (y guarde una copia para sí) de todo este 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**

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

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

(5) POR INTERNET: Llene un formulario de petición electrónica en:
<http://www.otda.state.ny.us/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 errónea nuestra decisión. 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 esa 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.

(Voltee la página)

Si usted padece una discapacidad, y no puede trasladarse, puede comparecer mediante un representante, tal como un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni es empleado de abogado, su representante debe traerle al funcionario de audiencias una carta escrita y firmada.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratuita, puede obtener tal asistencia al comunicarse con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede ubicar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercana al buscar 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 de 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 solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por fax 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 solicitarlas con anticipación. Éstas se le proveerán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Se le enviarán por correo los documentos sólo si así los solicita específicamente.

DISPONIBILIDAD DE MATERIALES DE POLÍTICA: Las expediciones de la política de la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados (OTDA) y las expediciones de la política y manuales de la HRA están disponibles para usted y su representante para determinar si se debe solicitar una Audiencia Imparcial y prepararse para la misma. Las expediciones y manuales de la política de OTDA se publican en el sitio Web de la OTDA en <http://www.otda.ny.gov/legal>. Además, previa solicitud a la HRA, hay disponibles expediciones y manuales que explican cómo la agencia llegó a su determinación. Para solicitar expediciones de políticas y manuales, llame al **(718) 722-5012**, o envíe un fax al **(718) 722-5018**, o envíe correo electrónico a CRO@hra.nyc.gov, o escriba a **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**

INFORMACIÓN: Si usted desea más información sobre su caso, cómo solicitar una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **página 1** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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

En Letras
de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Date: _____
 Case Number: _____
 Participant Name: _____
 Fair Hearing & Conference
 Telephone Number: _____

**Family Homelessness and Eviction Prevention Supplement B
 (FHEPS B) Approval Notice**

Your application for FHEPS, dated _____, has been approved as follows:

Address for which FHEPS is approved: _____

Your household is responsible for paying directly to your landlord the monthly share of
 \$ _____.

SAMPLE

We used the information listed below to decide the monthly amount your household must pay to the landlord.	
1. Number of Individuals in Household Receiving Cash Assistance (CA):	
2. Number of Individuals in Household Not Receiving CA:	
3. Total Income for Individuals Receiving CA:	
4. Total Income for Individuals Not Receiving CA:	
5. Apartment Rent	
<i>CA Shelter Allowance (which HRA will pay to the Landlord):</i>	
<i>FHEPS Rent Supplement (which HRA will pay to the Landlord):</i>	
<i>Household Share (This is the amount you must pay to the landlord):</i>	

The laws and/or regulations which allow us to do this are 18 N.Y.C.R.R. §352.3(a)(3).

Note: This approval is based on your current situation and may change. You always have to pay your landlord the difference between your rent and any money we pay to your landlord.

(Turn page)

- Any changes to your income or who lives with you may change these amounts.
- You must tell us of any changes to your income, who lives with you or the amount of your rent within 10 days.
- If a household member is sanctioned (because they did not do something that we required) and your CA Shelter benefits are lowered, your FHEPS Rent Supplement amount will also be lowered. You must pay the excess rent directly to the Landlord during that time.
- The FHEPS Rent Supplement amount will be stopped if the family no longer has a CA case or no longer has a child under 18 years of age, or under 19 years who is a full-time student regularly attending a secondary school, or the equivalent level of vocational or technical training.
- A household receiving a FHEPS Rent Supplement may not move to a new address and keep eligibility for FHEPS if we do not approve first.

If you have any questions about this decision please call us at the Rental Assistance Call Center _____.

SAMPLE

Do you have a medical or mental health condition or disability? Does this condition make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking? Does this condition make it hard for you to get other services at HRA? **We can help you.** Call us at 212-331-4640. You can also ask for help when you visit an HRA office. You have a right to ask for this kind of help under the law.

**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.**

(Turn page)

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 (a conference is an 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

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 you must ask within ninety (90) days for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) 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.

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 (and keep a copy for yourself) of this 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**

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

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

(5) **ONLINE:** Complete an online request form at:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

If you have a disability, and cannot travel, you may appear through a representative such as 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.

(Turn page)

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.

AVAILABILITY OF POLICY MATERIALS: The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) policy issuances and HRA policy issuances and manuals are available to you or your representative to determine whether a fair hearing should be requested or to prepare for a fair hearing. OTDA policy issuances and manuals are posted on the OTDA website at <http://www.otda.ny.gov/legal>. In addition, upon request to HRA, specific OTDA and HRA policy issuances and manuals are also available to explain how the agency reached its determination. To request policy issuances and manuals, call (718) 722-5012, or fax (718) 722-5018, or email CRO@hra.nyc.gov or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

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

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

(A large empty rectangular box for providing reasons for the request.)

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
 Número del Caso: _____
 Nombre del Participante: _____
 Número de Teléfono de Audiencia Imparcial y Conferencia _____

Aviso de Aprobación del Suplemento B para la Prevención de Desalojamiento y Estado sin Techo de Familias (FHEPS B)

Su solicitud de FHEPS, con fecha del _____, ha sido aprobada según indicado a continuación:

Dirección por la cual FHEPS se ha sido aprobado: _____

Su hogar es responsable de pagarle directamente al casero la porción mensual de \$ _____.

SAMPLE

Nosotros utilizamos la información listada más abajo para determinar la cantidad mensual que su hogar debe pagarle al casero.	
1. Número de personas en el hogar quienes reciban Asistencia en Efectivo (CA):	
2. Número de personas en el hogar quienes No reciban CA:	
3. Ingreso total para las personas quienes reciban CA:	
4. Ingreso total para las personas quienes No reciban CA:	
5. Alquiler del Apartamento	
<i>Asignación de Albergue de CA (que la HRA pagará al casero):</i>	
<i>Suplemento de Alquiler de FHEPS (que la HRA le pagará al casero):</i>	
<i>Porción del Hogar (Ésta es la cantidad que usted debe pagar al casero):</i>	

La ley y/o regla que nos permite tomar esta medida es 18 N.Y.C.R.R. § 352.3(a)(3).

Nota: Esta aprobación se basa en su actual situación y puede cambiar. Usted siempre tiene que pagar a su casero la diferencia entre su alquiler y cualquier dinero que nosotros paguemmos a su casero.

(Voltee la página)

- Cualquier cambio en su ingreso o en las personas que vivan con usted puede cambiar estas cantidades.
- Usted debe informarnos dentro de 10 días de cualquier cambio en su ingreso, de quien viva con usted, o de la cantidad de su alquiler.
- Si alguien que vive con usted está bajo sanción (por no cumplido algún requisito nuestro tomado pasos obligatorios) y sus beneficios de CA de albergue se han reducidos, su Suplemento de Alquiler de FHEPS también se reducirá. Usted debe pagar la cantidad superior de alquiler directamente a su casero durante este período.
- El Suplemento de Alquiler de FHEPS se cancelará si la familia ya no tiene caso de CA o si ya no tiene un niño menor de 18 años de edad, o menor de 19 años quien sea estudiante a tiempo completo y quien asista regularmente a la secundaria, o a un nivel equivalente de preparación vocacional o técnica.
- El hogar que recibe Suplemento de Alquiler de FHEPS no puede mudarse a un nuevo local y conservar elegibilidad de FHEPS, a menos que nosotros lo aprobemos primero.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre esta decisión, llámenos al Centro de Llamadas de Asistencia de Alquiler (Rental Assistance Call Center) al _____.

SAMPLE

¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica? ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? Nosotros podemos prestarle ayuda. Llámenos al 212-331-4640. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

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

(Voltee la página)

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera errónea nuestra decisión, o si no la entiende, por favor llámenos para programar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) en la **página 1** de este aviso, o escribanos a la dirección en la **página 1** de este aviso. A veces éste resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que tenga. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha solicitado una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

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, o de servicios sociales; y tiene que presentar solicitud dentro de noventa (90) días para asuntos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Si usted no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Discapacitados por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de solicitar por escrito una Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted considera errónea(s) la(s) decisión(es) que estamos tomando, 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 al llamar.)

(2) POR ESCRITO: Envíe una copia (y guarde una copia para sí) de todo este 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**

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

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

(5) POR INTERNET: Llene un formulario de petición electrónica en:
<http://www.otda.state.ny.us/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 errónea nuestra decisión. 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 esa 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.

(Voltee la página)

Si usted padece una discapacidad, y no puede trasladarse, puede comparecer mediante un representante, tal como un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni es empleado de abogado, su representante debe traerle al funcionario de audiencias una carta escrita y firmada.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratuita, puede obtener tal asistencia al comunicarse con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede ubicar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercana al buscar 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 de 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 solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por fax 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 solicitarlas con anticipación. Éstas se le proveerán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Se le enviarán por correo los documentos sólo si así los solicita específicamente.

DISPONIBILIDAD DE MATERIALES DE POLÍTICA: Las expediciones de la política de la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados (OTDA) y las expediciones de la política y manuales de la HRA están disponibles para usted y su representante para determinar si se debe solicitar una Audiencia Imparcial y prepararse para la misma. Las expediciones y manuales de la política de OTDA se publican en el sitio Web de la OTDA en <http://www.otda.ny.gov/legal>. Además, previa solicitud a la HRA, hay disponibles expediciones y manuales que explican cómo la agencia llegó a su determinación. Para solicitar expediciones de políticas y manuales, llame al **(718) 722-5012**, o envíe un fax al **(718) 722-5018**, o envíe correo electrónico a CRO@hra.nyc.gov, o escriba a **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**

INFORMACIÓN: Si usted desea más información sobre su caso, cómo solicitar una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **página 1** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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

En Letras de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Date: _____

Case Number: _____

Participant Name: _____

Fair Hearing & Conference

Telephone Number: _____

Family Homelessness and Eviction Prevention Supplement A (FHEPS A) Denial Notice

Your application for FHEPS A Rent Supplement dated _____, has been denied for the following reason(s):

Reason for Denial:

You do not receive Cash Assistance.

OR

One or more of your household members are in sanction status because they did not do something that we require.

Your family does not include a child under 18 years of age, or under 19 who is a full-time student, or a pregnant woman.

Based on the information we have, we have determined that you will not be eligible for Cash Assistance upon exit from shelter.

You do not have a qualifying eviction.

You have not found an apartment that qualifies for a FHEPS Supplement.

You do not have a lease or residency rights for at least 12 months in the apartment you have requested a FHEPS Rent Supplement for.

Your rent arrears are too high.

Other:

(Turn page)

The laws and/or regulations which allow us to do this are 18 N.Y.C.R.R. §352.3(a)(3).

If you have any questions about this decision please call us at the Rental Assistance Call Center _____.

Do you have a medical or mental health condition or disability? Does this condition make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking? Does this condition make it hard for you to get other services at HRA? **We can help you.** Call us at 212-331-4640. You can also ask for help when you visit an HRA office. You have a right to ask for this kind of help under the law.

**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

(Turn page)

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 (a conference is an 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

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 you must ask within ninety (90) days for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) 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.

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 (and keep a copy for yourself) of this 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**

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

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

(5) **ONLINE:** Complete an online request form at:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

If you have a disability, and cannot travel, you may appear through a representative such as 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.

(Turn page)

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.

AVAILABILITY OF POLICY MATERIALS: The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) policy issuances and HRA policy issuances and manuals are available to you or your representative to determine whether a fair hearing should be requested or to prepare for a fair hearing. OTDA policy issuances and manuals are posted on the OTDA website at <http://www.otda.ny.gov/legal>. In addition, upon request to HRA, specific OTDA and HRA policy issuances and manuals are also available to explain how the agency reached its determination. To request policy issuances and manuals, call (718) 722-5012, or fax (718) 722-5018, or email CRO@hra.nyc.gov or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

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

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

(A large rectangular box for providing reasons for the request, overlaid with a large blue "SAMPLE" watermark.)

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Participante: _____

Número de Teléfono de
Audicias Imparciales
y Conferencias: _____

Aviso de Rechazo del Suplemento para la Prevención de Desalojamiento y Estado sin Techo de Familias (FHEPS) A

Se ha rechazado su solicitud de suplemento de alquiler de FHEPS A con fecha del _____, por el/los siguiente(s) motivo(s):

Motivo del rechazo:

Usted no recibe Asistencia en Efectivo.

O

Uno o más de los miembros de su hogar ha sido sancionado por no reunir algún requisito nuestro.

Su familia no consta de un(a) niño(a) que tenga menos de 18 años de edad, o menos de 19 años quien sea estudiante a tiempo completo, ni tampoco de una mujer embarazada.

Según la información que tenemos, hemos determinado que usted no será elegible para Asistencia en Efectivo al salir del refugio.

A usted no se le ha desalojado de manera cualificadora.

Usted no ha encontrado un apartamento que califique para Suplemento de FHEPS.

Usted no tiene contrato de arrendamiento ni derechos de residencia por un mínimo de 12 meses en el apartamento por el cual haya solicitado Suplemento de Alquiler de FHEPS.

Su atrasos de alquiler suman demasiado.

Otro motivo:

(Voltee la página)

La ley y/o regla que nos permite tomar esta medida es 18 N.Y.C.R.R. §352.3(a)(3).

Ante cualquier pregunta sobre esta decisión, por favor llame al Centro de Llamadas para Asistencia de Alquiler al _____.

¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica? ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? Nosotros podemos prestarle ayuda. Llámenos al 212-331-4640. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

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

SAMPLE

(Voltee la página)

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para programar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) en la **página 1** de este aviso, o escribanos a la dirección en la **página 1** de este aviso. A veces éste resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que tenga. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha solicitado una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

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, o de servicios sociales; y tiene que presentar solicitud dentro de noventa (90) días para asuntos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Si usted no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Discapacitados por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de solicitar por escrito una Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

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 al llamar.)

(2) POR ESCRITO: Envíe una copia (y guarde una copia para sí) de todo este 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**

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

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

(5) POR INTERNET: Llene un formulario de petición electrónica en:
<http://www.otda.state.ny.us/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 esa 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.

(Voltee la página)

Si usted padece una discapacidad, y no puede trasladarse, puede comparecer mediante un representante, o un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni es empleado de abogado, su representante debe traerle al funcionario de audiencias una carta escrita y firmada.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratuita, puede obtener tal asistencia al comunicarse con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede ubicar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercana al buscar 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 de 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 solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por fax 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 solicitarlas con anticipación. Éstas se le proveerán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Se le enviarán por correo los documentos sólo si lo solicita específicamente.

DISPONIBILIDAD DE MATERIALES DE POLÍTICA: Las expediciones de la política de la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados (OTDA) y las expediciones de la política y manuales de la HRA están disponibles para usted y su representante para determinar si se debe solicitar una Audiencia Imparcial y prepararse para la misma. Las expediciones y manuales de la política de OTDA se publican en el sitio Web de la OTDA en <http://www.otda.ny.gov/legal>. Además, previa solicitud a la HRA, hay disponibles expediciones y manuales que explican cómo la agencia llegó a su determinación. Para solicitar expediciones de políticas y manuales, llame al **(718) 722-5012**, o envíe un fax al **(718) 722-5018**, o envíe correo electrónico a CRO@hra.nyc.gov, o escriba a **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

INFORMACIÓN: Si usted desea más información sobre su caso, cómo solicitar una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **página 1** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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

En Letras de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
o: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Date: _____

Case Number: _____

Participant Name: _____

Fair Hearing & Conference

Telephone Number: _____

Family Homelessness and Eviction Prevention Supplement B (FHEPS B) Denial Notice

Your application for FHEPS B Rent Supplement dated _____, has been denied for the following reason(s):

Reason for Denial:

You do not receive Cash Assistance.

OR

One or more of your household members are in sanction status because they did not do something that we require.

Your family does not include a child under 18 years of age, or under 19 who is a full-time student, or a pregnant woman.

Based on the information we have, we have determined that you will not be eligible for Cash Assistance upon exit from shelter.

You have not found an apartment that qualifies for a FHEPS Supplement.

You do not have a lease or residency rights for at least 12 months in the apartment you have requested a FHEPS Rent Supplement for.

Your rent arrears are too high.

You are not currently residing in an HRA or DHS shelter.

You are not NoVA eligible, residing in an HRA shelter or certified as eligible by the Family Justice Center (FJC).

Based on your prior history and NoVA evaluation, the location of the apartment you have requested a FHEPS Rent Supplement for is unsafe.

(Turn page)

Reason for Denial (*continued*):

Other:

The laws and/or regulations which allow us to do this are 18 N.Y.C.R.R. §352.3(a)(3).

If you have any questions about this decision please call us at the Rental Assistance Call Center _____.

Do you have a medical or mental health condition or disability? Does this condition make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking? Does this condition make it hard for you to get other services at HRA? **We can help you.** Call us at 212-331-4640. You can also ask for help when you visit an HRA office. You have a right to ask for this kind of help under the law.

SAMPLE

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

(Turn page)

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 (a conference is an 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

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 you must ask within ninety (90) days for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) 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.

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 (and keep a copy for yourself) of this 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
- (3) **FAX:** Fax a copy of this entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: **(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of this entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at: **14 Boerum Place, Brooklyn NY 11201**
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

If you have a disability, and cannot travel, you may appear through a representative such as 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.

(Turn page)

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.

AVAILABILITY OF POLICY MATERIALS: The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) policy issuances and HRA policy issuances and manuals are available to you or your representative to determine whether a fair hearing should be requested or to prepare for a fair hearing. OTDA policy issuances and manuals are posted on the OTDA website at <http://www.otda.ny.gov/legal>. In addition, upon request to HRA, specific OTDA and HRA policy issuances and manuals are also available to explain how the agency reached its determination. To request policy issuances and manuals, call **(718) 722-5012**, or fax **(718) 722-5018**, or email CRO@hra.nyc.gov or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

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

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 Participante: _____

Número de Teléfono de
Audicias Imparciales
y Conferencias: _____

Aviso de Rechazo del Suplemento para la Prevención de Desalojamiento y Estado sin Techo de Familias (FHEPS) B

Se ha rechazado su solicitud de suplemento de alquiler de FHEPS B con fecha del _____, por el/los siguiente(s) motivo(s):

Motivo del rechazo:

- Usted no recibe Asistencia en Efectivo.
- O**
- Uno o más de los miembros de su hogar ha sido sancionado por no reunir algún requisito nuestro.
- Su familia no consta de un(a) niño(a) que tenga menos de 18 años de edad, o menos de 19 años quien sea estudiante a tiempo completo, ni tampoco de una mujer embarazada.
- Según la información que tenemos, hemos determinado que usted no será elegible para Asistencia en Efectivo al salir del refugio.
- Usted no ha encontrado un apartamento que califique para un Suplemento de FHEPS.
- Usted no tiene contrato de arrendamiento ni derechos de residencia por un mínimo de 12 meses en el apartamento por el cual haya solicitado Suplemento de Alquiler de FHEPS.
- Su atrasos de alquiler suman demasiado.
- Usted no reside actualmente en un refugio de la HRA ni de DHS.
- Usted no reúne los requisitos de NoVa, ni reside en refugio de la HRA ni tampoco le ha certificado el Centro de Justicia de Familias (FJC).
- El local del apartamento por el cual usted ha solicitado un Suplemento de Alquiler de FHEPS no es seguro. Esto se basa en sus antecedentes personales y evaluación de NoVA.

(Voltee la página)

Motivo del Rechazo (continuación):

Otro motivo:

La ley y/o regla que nos permite tomar esta medida es 18 N.Y.C.R.R. §352.3(a)(3).

Ante cualquier pregunta sobre esta decisión, por favor llame al Centro de Llamadas para Asistencia de Alquiler al _____.

¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica? ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? Nosotros podemos prestarle ayuda. Llámenos al 212-331-4640. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

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

SAMPLE

(Voltee la página)

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para programar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) en la **página 1** de este aviso, o escribanos a la dirección en la **página 1** de este aviso. A veces éste resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que tenga. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha solicitado una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

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, o de servicios sociales; y tiene que presentar solicitud dentro de noventa (90) días para asuntos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Si usted no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Discapacitados por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de solicitar por escrito una Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

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 al llamar.)

(2) POR ESCRITO:

Envíe una copia (y guarde una copia para sí) de todo este 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**

(3) FAX:

Faxee una copia de todo este aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.

(4) EN PERSONA:

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

(5) POR INTERNET:

Llene un formulario de petición electrónica en:
<http://www.otda.state.ny.us/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 esa 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.

(Voltee la página)

Si usted padece una discapacidad, y no puede trasladarse, puede comparecer mediante un representante, o un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni es empleado de abogado, su representante debe traerle al funcionario de audiencias una carta escrita y firmada.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratuita, puede obtener tal asistencia al comunicarse con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede ubicar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercana al buscar 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 de 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 solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por fax 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 solicitarlas con anticipación. Éstas se le proveerán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Se le enviarán por correo los documentos sólo si lo solicita específicamente.

DISPONIBILIDAD DE MATERIALES DE POLÍTICA: Las expediciones de la política de la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados (OTDA) y las expediciones de la política y manuales de la HRA están disponibles para usted y su representante para determinar si se debe solicitar una Audiencia Imparcial y prepararse para la misma. Las expediciones y manuales de la política de OTDA se publican en el sitio Web de la OTDA en <http://www.otda.ny.gov/legal>. Además, previa solicitud a la HRA, hay disponibles expediciones y manuales que explican cómo la agencia llegó a su determinación. Para solicitar expediciones de políticas y manuales, llame al **(718) 722-5012**, o envíe un fax al **(718) 722-5018**, o envíe correo electrónico a CRO@hra.nyc.gov, o escriba a **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

INFORMACIÓN: Si usted desea más información sobre su caso, cómo solicitar una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **página 1** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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

En Letras de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
o: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Date: _____
 Case Number: _____
 Case Name: _____

FAMILY HOMELESSNESS & EVICTION PREVENTION SUPPLEMENT (FHEPS)

You are getting a rental assistance supplement from the FEPS, CityFEPS, or LINC III program. Because of a class action settlement, you will now get a supplement from a new rental assistance program instead. That program is called FHEPS. We will automatically enroll you in this program.

You will get a notice from New York State that tells you of any changes that are made to your budget because of this new program. This includes any changes to the amount we will pay to your landlord. That notice will have information about your rights to a conference or fair hearing.

SAMPLE

You still have to pay your landlord the difference between your rent and any money we pay to your landlord.

If you have any questions about FHEPS, please call the Rental Assistance Call Center at **929-221-0043**. You can also contact one of the community partners listed below.

Bronx	
BronxWorks 630 Jackson Avenue, 3 rd Floor Hunts Point MultiService Center Bronx, NY 10455 718-637-2630	Catholic Charities DHS Bronx FEPS Program 2155 Blackrock Avenue Bronx, NY 10472 718-414-1050
NAICA 1075 Grand Concourse, Suite 1B Bronx, NY 10452 718-538-3344	

(Turn page)

Manhattan	Queens
Catholic Charities Waverly Job Center 12 West 14 th Street, 4 th Floor New York, NY 10011 212-620-5039	Queens Community House Family Services Call Center #17 165-08 88 th Avenue, Rm 217 Jamaica, NY 11432 718-883-8310
Brooklyn	
Partnership for the Homeless 100 Pennsylvania Avenue, 3 rd Floor Brooklyn, NY 11207 718-875-0027 ex 234	CAMBA Bushwick Job Center 30 Thorton Street (Basement) Brooklyn, NY 11206 718-675-3373

Go to ACCESS HRA to:

- Submit a recertification for Cash Assistance
- View your case status and benefit payments, make online case changes, and more!

Visit ACCESS HRA at nyc.gov/accesshra or manage your benefits on the go with the ACCESS HRA mobile app! nyc.gov/accesshramobile

Do you have a medical or mental health condition or disability? Does this condition make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking? Does this condition make it hard for you to get other services at HRA? **We can help you.** Call us at **212-331-4640**. You can also ask for help when you visit an HRA office. You have a right to ask for this kind of help under the law.

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

SUPLEMENTO DE FAMILIAS SIN TECHO Y PREVENCIÓN DE DESAHUCIO (FHEPS)

Usted ha recibido un suplemento de asistencia de alquiler del programa FEPS, CityFEPS, o LINC III. Debido a un acuerdo de acción en grupo, en vez usted recibirá un suplemento de un nuevo programa de asistencia de alquiler. Ese programa se llama FHEPS. Nosotros le inscribiremos a usted en este programa automáticamente.

Usted recibirá un aviso del Estado de Nueva York que le indicará cualquier cambio en su presupuesto a raíz de este nuevo programa. Esto incluye cualquier cambio en la cantidad que nosotros le pagaremos a su casero. Este aviso contendrá información sobre su derecho a una conferencia o audiencia imparcial.

Usted aún tendrá que pagarle a su casero la diferencia entre su alquiler y cualquier cantidad que nosotros le paguemos a su casero.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre FHEPS, favor de llamar al Centro de Llamadas de Asistencia de Alquiler (Rental Assistance Call Center) al **929-221-0043**. Usted también puede comunicarse con uno de los socios comunitarios listados más abajo.

Bronx	
BronxWorks 630 Jackson Avenue, 3 ^{er} piso Hunts Point MultiService Center Bronx, NY 10455 718-637-2630	Catholic Charities DHS Bronx FEPS Program 2155 Blackrock Avenue Bronx, NY 10472 718-414-1050
NAICA 1075 Grand Concourse, Suite 1B Bronx, NY 10452 718-538-3344	

(Voltee la página)

Manhattan	Queens
Catholic Charities Waverly Job Center 12 West 14 th Street, 4 ^{to} piso New York, NY 10011 212-620-5039	Queens Community House Family Services Call Center #17 165-08 88 th Avenue, sala 217 Jamaica, NY 11432 718-883-8310
Brooklyn	
Partnership for the Homeless 100 Pennsylvania Avenue, 3 ^{er} piso Brooklyn, NY 11207 718-875-0027 ex 234	CAMBA Bushwick Job Center 30 Thorton Street (sótano) Brooklyn, NY 11206 718-675-3373

Visite ACCESS HRA para:

- Presentar recertificación para Asistencia en Efectivo
- ¡Revisar el estado de su caso y pagos de beneficios, hacer cambios a su caso por Internet, y más!

¡Visite ACCESS HRA en nyc.gov/accesshra o administre sus beneficios con la aplicación móvil ACCESS HRA! nyc.gov/accesshramobile

¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica? ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? Nosotros podemos prestarle ayuda. Llámenos al 212-331-4640. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

The Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) What You Need to Know

What is FHEPS?

FHEPS is a rent supplement for families who receive Cash Assistance and have been evicted or are facing eviction, or who lost their housing due to a domestic violence situation. Families who have lost their housing because of health or safety issues or as a result of certain court decisions may also get FHEPS.

If you qualify, FHEPS will pay a portion of your rent directly to your landlord. The FHEPS payment is in addition to the portion of your cash assistance shelter allowance. If you or someone in your home has income, you may have to pay a portion of the rent yourself (also known as the client share).

I already receive FEPS, CityFEPS, or LINC III. What does FHEPS mean for me?

It means we may be switching you to FHEPS. You do not need to do anything.

If we switch you to FHEPS, the amount you must pay towards your rent may change. The amount you pay will depend on your family's situation.

How will I know what FHEPS is going to pay my landlord, how much I will have to pay, and when any changes will happen?

You will get a notice from New York State that tells you of any changes that are made to your budget if we switch you to the FHEPS program. This includes any changes to the amount we will pay to your landlord. The notice will also tell you the date any changes will happen.

Many households will have their entire rent covered by FHEPS and their Cash Assistance shelter allowance. However, there are two important exceptions when you or your household may be required to pay a portion of your rent:

1. If someone in your household receives Cash Assistance (CA) and has income, such as from a job.
2. If your household includes someone who is not required to be on your CA case, such as someone who receives SSI.

****You must pay your landlord the difference between what HRA pays
and the amount of your rent.****

How long can I keep FHEPS?

In general, FHEPS will continue as long as you are receiving Cash Assistance and have a child under 18, or a child under 19 who is enrolled full-time in high school or an approved vocational program.

What if I want to move and use FHEPS to help me pay for my new apartment?

You must get HRA's approval in writing **before** moving to a new apartment if you want to use FHEPS to help you pay for your new apartment.

What else do I need to know about FHEPS?

You must let HRA know if:

- ✓ someone moves in or out of your apartment, or there is a new baby in the household,
- ✓ the income of the people living in the apartment changes,
- ✓ your rent changes,
- ✓ your household no longer includes a child under 18, or under 19 and in high school or a vocational program, or
- ✓ the landlord or the person that you pay rent to changes.

You must report any of these changes to HRA within 10 days. These changes may change the amount of your shelter allowance, FHEPS benefit, or FHEPS eligibility.

What happens if a household member is sanctioned?

When a household member does not do something HRA asks, they can be sanctioned. This means that the household's Cash Assistance grant and shelter allowance will be lower. If a sanction happens, your FHEPS supplement will also be lower. You will have to pay the amount that the shelter allowance and FHEPS supplement are lowered by directly to your landlord for as long as the sanction is in place.

Who do I call if I need help or have a question about FHEPS?

You can call HRA at 929-221-0043, if you have questions about FHEPS or are having trouble keeping your apartment.

This document provides general information about the FHEPS program for households who will be transferred from other programs into the FHEPS program. It is not intended to provide full details concerning the operation of the FHEPS program.

El Suplemento para la Prevención de Desahucio y Estado sin Techo de Familias (FHEPS) Lo Que Usted Necesita Saber

¿Qué es FHEPS?

FHEPS es un suplemento de alquiler para las familias que reciban Asistencia en Efectivo y a quienes ya se les haya desahuciado o se enfrenten con el desahucio, o quienes hayan perdido la vivienda debido a una situación de violencia doméstica. Las familias que hayan perdido la vivienda debido a problemas de salud o seguridad o como resultado de una orden judicial también pueden recibir FHEPS.

Si usted reúne los requisitos, FHEPS pagará una porción del alquiler directamente al casero. El pago de FHEPS forma parte adicional de la porción de su subsidio de albergue de Asistencia en Efectivo. Si usted o alguien de su hogar gana ingreso, puede que se le obligue a pagar una porción del alquiler (también conocida como la porción del cliente).

Ya he recibido FEPS, CityFEPS, o LINC III. ¿Qué significa FHEPS para mí?

Significa que es posible que le cambiemos a FHEPS. Usted no necesita tomar ningún paso adicional.

Si le cambiamos a FHEPS, puede cambiar la cantidad de su contribución al alquiler. Su porción del pago dependerá de la situación de su familia.

¿Cómo sabré de la cantidad pagada por FHEPS a mi casero, cuánto tendré que pagar por cuenta propia, y cuándo se dará algún cambio?

Usted recibirá un aviso del Estado de Nueva York que le informará de todo cambio que se haga a su presupuesto si le cambiamos al programa de FHEPS. Esto incluye cualquier cambio a la cantidad que pagaremos a su casero. El aviso también incluirá la fecha en que se dará todo cambio.

Para muchas familias, tanto FHEPS como su subsidio de albergue de Asistencia en Efectivo pagará el alquiler total. No obstante, a continuación se indican dos excepciones importantes en que usted o su hogar tienen que pagar una porción del alquiler:

1. Si alguien de su hogar recibe Asistencia en Efectivo (CA) y gana ingreso, tal como ingreso salarial.
2. Si su hogar consta de una persona que no tenga que formar parte de su caso de CA, tal como una persona que recibe SSI.

****Usted tiene que pagar a su casero la diferencia entre lo que paga la HRA y la cantidad de su alquiler.****

¿Por cuánto tiempo puedo seguir recibiendo FHEPS?

Por lo general, FHEPS continuará siempre que usted reciba Asistencia en Efectivo y tenga niño(a) menor de 18 años de edad, o niño menor de 19 años quien esté inscrito en a tiempo completo en la escuela secundaria o programa aprobado de capacitación profesional.

¿Qué tal si deseo mudarme y usar FHEPS para pagar el nuevo apartamento?

Si desea usar FHEPS para pagar el nuevo apartamento, usted debe obtener la aprobación por escrito de la HRA **antes de** la mudanza al nuevo apartamento.

¿Qué más necesito tener en cuenta sobre FHEPS?

Usted debe mantener la HRA al tanto si:

- ✓ alguien se muda a o de su apartamento, o si nace nuevo bebé en el hogar,
- ✓ cambia el ingreso de los residentes del hogar,
- ✓ cambia su alquiler,
- ✓ su hogar ya no consta de un niño(a) menor de 18 años de edad, o menor de 19 años y quien esté en la escuela secundaria o programa de capacitación profesional, o
- ✓ cambia el casero o destinatario del pago de alquiler.

Usted debe reportar cualquier de los cambios antemencionados a la HRA dentro de 10 días. Estos cambios pueden resultar en una nueva cantidad del alquiler, beneficio de FHEPS, o pueden cambiar la elegibilidad de FHEPS.

¿Qué tal si se sanciona a un miembro del hogar?

Se le puede sancionar a un miembro del hogar cuando no tome pasos obligados por la HRA. Esto significa que se reducirá el subsidio de Asistencia en Efectivo y la asignación de albergue. Si se da una sanción, también se reducirá su suplemento de FHEPS. Siempre que la sanción esté en vigor, usted tendrá que pagar directamente a su casero la cantidad de la reducción de la asignación de albergue y suplemento de FHEPS.

¿A quién puedo llamar si tengo alguna pregunta sobre FHEPS?

Usted puede llamar a la HRA al 929-221-0043, si tiene alguna pregunta sobre FHEPS o si tiene alguna dificultad en mantener su apartamento.

Este documento brinda información general sobre el programa FHEPS para las familias quienes se trasladen de otros programas al programa de FHEPS. No tiene por objeto brindar información detallada concerniente a las operaciones del programa FHEPS.



IMPORTANT NOTICE

The enclosed Claim Detail Report (“CDR”) is provided for Informational Purposes Only and it is an uncertified printout of a record that is maintained by the New York State Department of Health (“SDOH”). A certified copy of the CDR must be requested from SDOH.

Please note that the information contained in this CDR is an accurate representation of the Medicaid information for the recipient for the requested period and is accurate as of the “Run Date” identified on the first page of the CDR. The information contained in the CDR is subject to adjustment and/or correction by SDOH.

The CDR covers the requested period and may have been edited for the following purposes:

- To include only injury-related Medicaid payments.
- To exclude educational related expenses.

If you require a certified copy of the CDR, please send your request and/or send a subpoena with the appropriate authorization and/or release to:

Judicial subpoenas of Medicaid confidential data should be directed to:

Michael G. Bass, Director
Bureau of Litigation - Division of Legal Affairs
New York State Department of Health
Empire State Plaza - Corning Tower Building - Room 2438
Albany, NY 12237

In New York City, the Office of the Attorney General (“OAG”) may be personally served at:

Office of the Attorney General
120 Broadway (24th Floor)
New York, NY 10271

All other requests, send to:

Medicaid Data Warehouse – CDRs
NYSDOH – MISCNY
ESP P1-11S Dock J
Albany, NY 12237

For more information you can also visit:

SDOH –
“www.health.ny.gov/health_care/medicaid/medicaid_release.htm”
OAG – “<https://ag.ny.gov/contact-attorney-general>”



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Caseload: _____

Job Center: _____

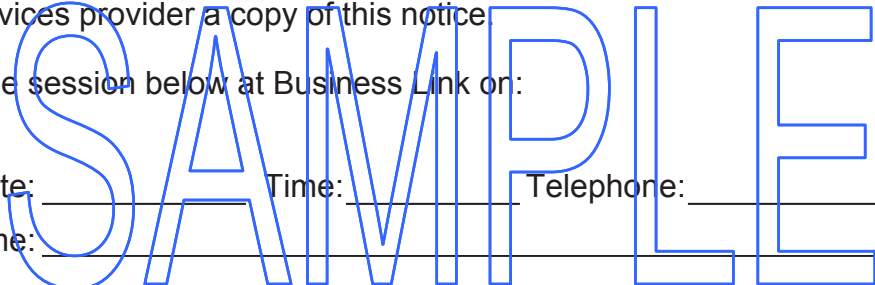
Action Code: _____

Job Search Business Link Appointment

Business Link Has A Great Career Opportunity For You! We are inviting you to a special prescreening appointment for a variety of jobs. Qualified candidates will be scheduled for an interview with an employer. Please bring your Electronic Benefits Transfer (EBT) or Medicaid card for identification purposes. You should also bring a copy of your resume and/or references, if you have them, and dress appropriately for a job interview.

You will be excused from your assigned work activities to attend this appointment. Give your Career Services provider a copy of this notice.

Please attend the session below at Business Link or:



Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Location Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Travel Directions:

If you have any questions or need to reschedule this appointment, please call Business Link at **(718) 262-3039** or **(718) 262-3117** before your appointment.

Do you have a medical or mental health condition or disability? Does this condition make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking? Does this condition make it hard for you to get other services at HRA? **We can help you.** Call us at 212-331-4640. You can also ask for help when you visit an HRA office. You have a right to ask for this kind of help under the law.



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Unidad de Casos: _____

Centro de Trabajo: _____

Código de Acción: _____

Cita con Enlace Comercial (Business Link) para Búsqueda de Trabajo

¡El Enlace Comercial tiene una gran oportunidad profesional para usted! Le hemos invitado a usted a una cita especial de selección preliminar para una variedad de trabajos. A los candidatos que cualifiquen se les programará una cita con un empleador. Favor de traer su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) o de Medicaid como identificación. Además usted debería traer una copia de su currículum y/o referencias profesionales, de tenerlas, y vestirse con atuendo apropiado para la entrevista de trabajo.

Se le excusará a usted de la participación en sus actividades de trabajo asignadas para que pueda asistir a esta cita. Entregue a su Proveedor de Servicios Profesionales una copia de este aviso.

Por favor asista a la cita indicada a continuación con el Enlace Comercial:

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

Nombre del Local: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

Si usted tiene cualquier pregunta, o si necesita reprogramar la cita, favor de llamar al Enlace Comercial (Business Link) al **(718) 262-3039** or **(718) 262-3117** antes de su cita

¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica? ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? **Nosotros podemos prestarle ayuda.** Llámenos al 212-331-4640. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

Important Information About Child Only Grants

NOTE: As of August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

1. Child only grants are a type of Cash Assistance given to the non-parent caregivers (like grandparents, aunts, or uncles) who have physical custody of children for whom they have no legal obligation to provide financial support. They can receive financial assistance to help care for the child(ren) they are helping to raise. Legal custody of the child(ren) is not required.
2. The non-parent caregiver must comply with child support enforcement.
3. The application for a child only grant does not consider the non-parent caregiver's income and assets for Cash Assistance eligibility purposes. Only income or assets (like bank accounts) in the child's(ren)'s name(s) are included in deciding if the child(ren) is (are) eligible.
4. For SNAP benefits, however, in most cases the income of all people living in the household must be considered in determining eligibility.
5. If the non-parent caregiver is applying for SNAP benefits for the household he/she must be finger-imaged.
6. You can apply for a child only grant at the Job Center serving the zip code in which you live. If you have an emergency, you can apply for assistance at any Job Center that takes applications. If your case is accepted, it will be transferred to a specialized office that serves child only cases.

Información Importante sobre Concesiones para Sólo Niños

NOTA: A partir del 29 de agosto, toda referencia al Programa de Cupones para Alimentos en este aviso se denominará el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda referencia a Cupones para Alimentos se denominará beneficios de SNAP.

1. Las concesiones sólo para niños son un tipo de Asistencia en Efectivo otorgadas a las personas con custodia física de los niños pero sin responsabilidad legal de la manutención de los mismos (tales como abuelos o tíos). Estas personas reciben asistencia económica para cuidar a los niños que está criando. No se requiere tener custodia de los niños.
2. La persona que cuida a los niños sin ser los padre debe cumplir con la aplicación de manutención de niños.
3. El ingreso y los bienes económicos de las personas que cuiden a los niños sin ser los padres no se consideran para la elegibilidad de la Asistencia en Efectivo. Sólo el ingreso o los bienes económicos (como las cuentas bancarias), a nombre de los niños, se toman en cuenta para la decisión de elegibilidad.
4. No obstante, para beneficios de SNAP, en la mayoría de los casos, el ingreso de todas las personas que vivan en el hogar debe tomarse en cuenta para la determinación de la elegibilidad.
5. Si la persona que cuida a los niños sin ser padre o madre está solicitando beneficios de SNAP para el hogar a él/ella se le deben tomar imágenes digitales.
6. La solicitud de concesión sólo para niños se puede presentar en el Centro de Trabajo que sirve al código postal en que usted reside. En caso de emergencia, usted puede presentar solicitud en cualquier Centro de Trabajo que acepte solicitudes. Si su caso se acepta, será trasladado a una oficina especializada en casos de sólo niños.

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Important Information About Changes in Your Non Cash Assistance (NCA) Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Center

This is only an announcement about some changes in your Center. It is not an appointment notice.

To improve customer service at your local services center, we are making some changes in the operation of the Supplemental Security Income (SSI) Non Cash Assistance (NCA) Supplemental Nutritional Assistance Program (SNAP) Center (S15), effective September 15th, 2014.

One of the changes is a new main reception area located on the first floor where you will need to report in order to gain entry to the Center. Please go to the main reception counter, where you will be given a routing ticket and then directed to the waiting area of the unit which will serve you.

The Supplemental Security Income SNAP Center will limit the number of visitors who are allowed inside. You may bring people who are on your case or anyone who wants to file an application with you. Anyone else coming to the Center with you may be considered a visitor. Visitors 18 years or older must bring identification to come in the building.

The business hours at the Supplemental Security Income SNAP Center are:
Monday through Friday, 8:30 AM to 5:00 PM.

Directions to the Supplemental Security Income SNAP Center, 253 Schermerhorn Street Brooklyn NY 11201 are:

By Subway: Take the # A, C, or G to Hoyt and Schermerhorn St and walk to
253 Schermerhorn Street

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

If you have any questions or concerns, please call **(718) 722-4009**.

(Vea al Dorso)

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Información Importante Sobre Cambios en Su Centro de No Asistencia en Efectivo (NCA) del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

El presente es sólo un aviso sobre algunos cambios en su Centro. No se trata de un aviso de cita.

Para mejorar la atención al cliente en su centro local de servicios, a partir del 15 de septiembre de 2014, estamos realizando algunos cambios en la operación del Centro (S15) del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) de Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI) de No Asistencia en Efectivo (NCA).

Uno de los cambios es una nueva área de recepción principal ubicada en el primer piso, a donde tendrá que presentarse para obtener acceso al Centro. Favor de presentarse al mostrador de la recepción principal, en donde se le dará un boleto de envío, y luego se le dirigirá a la sala de espera de la unidad que le atenderá.

El Centro de Ingreso de Seguridad Suplementaria de SNAP limitará el número de visitantes permitidos en su interior. Usted puede traer a personas que formen parte de su caso o a quien sea que desee presentar una solicitud junto con usted. Cualquier otra persona que le acompañe al Centro será considerada visitante. Los visitantes de 18 años de edad o mayores deben traer identificación para entrar al edificio.

Las horas laborables del Centro de Ingreso de Seguridad Suplementaria de SNAP son:
lunes a viernes, 8:30 AM a 5:00 PM.

Indicaciones de viaje al Centro de Ingreso de Seguridad Suplementaria de SNAP, 253 Schermerhorn Street Brooklyn NY 11201:

Por metro: Tome el A, C, o G a Hoyt y Schermerhorn Street y camine a 253 Schermerhorn Street

Si usted padece de un problema físico, psiquiátrico, o de aprendizaje que le dificulte transportarse a este local, favor de llamar al número de teléfono indicado más abajo.

Si tiene cualquier pregunta o duda, favor de llamar al **(718) 722-4009**.

(See Reverse)

REASONABLE ACCOMMODATION REQUEST (RAR) FORM

If you have a disability and need help to take part in HRA programs and services, you may request a reasonable accommodation. Some examples of reasonable accommodations are scheduling appointments to avoid rush hour travel, priority appointments to minimize wait time at HRA offices, and assistance reading forms and notices. HRA provides reasonable accommodations to individuals with disabilities to ensure that such individuals receive meaningful access to HRA's programs, benefits and services.

INSTRUCTIONS AND INFORMATION
<p>➤ To assist HRA in making a determination on your request for a reasonable accommodation, please complete and submit pages 2, 3 and 4 of this form to:</p> <p style="text-align: center;">Human Resources Administration Office of Constituent Services (OCS) 150 Greenwich Street, 31st Floor New York, NY 10007</p> <p>You may also fax the forms to (212) 331-4685 or submit your request to your worker.</p>
<p>➤ You must submit any medical documentation supporting your request with this form or within twenty (20) days of this request.</p>
<p>➤ Please ask your medical provider to complete and sign the Request for Medical Information Form (enclosed) or appropriate signed medical documentation on the medical provider's letterhead and return the form/documentation to you.</p>
<p>➤ You are responsible for returning your medical documentation to HRA in support of this request.</p>
<p>➤ If your medical or mental health conditions make it difficult for you to complete this form you may contact HRA at (212) 331-4640 for assistance.</p>
<p>➤ If your medical or mental health conditions make it difficult for you to gather medical documentation in support of your request, you must contact HRA at (212) 331-4640 for assistance. Please complete the enclosed HIPAA Authorization for the Disclosure of Individual Health Information (HRA-108 [E]) form and send it to the Office of Constituent Services at 150 Greenwich Street, 31st Floor, New York, NY 10007.</p>
<p>➤ HRA will mail you a confirmation number to acknowledge receipt of your Reasonable Accommodation Request.</p>
<p>➤ HRA will review all documentation provided by you and your medical provider and send you a written notice regarding our determination on your Reasonable Accommodation Request.</p>
<p>➤ In most cases, while HRA evaluates your request and makes a final determination, you will receive the reasonable accommodation you requested.</p>
<p>➤ If you are denied a reasonable accommodation or dissatisfied with an accommodation offered, you may file an appeal within twenty (20) days of the determination with the HRA ADA Compliance Officer. The determination form will provide you instructions for filing an appeal.</p>

REASONABLE ACCOMMODATION REQUEST (RAR) FORM

Name (Please Print): _____ **Case Number**, if known: _____

Social Security Number, if known: _____ **Telephone Number**: _____

Mailing Address: _____ **Center Number**, if known: _____

HRA Program Name, if known: _____

- 1) Have you been medically evaluated by HRA's WeCARE program within the last year? Yes No
- 2) Has an application for supportive housing (HRA 2010e) been submitted to HRA for you within the past year? Yes No
- 3) Do you receive federal disability benefits (SSI and/or SSDI)? Yes No
- 4) Do you receive Home Care Services or have a Home Attendant? Yes No

OBSOLETE

If you have answered "yes" to question 4, please indicate the number of hours you receive per day, the number of days per week for which you receive services and the reason(s) you receive home care services.

- 5) Describe your medical or mental health condition, the reasonable accommodation you are requesting and why you need it. (Attach additional sheets, if needed, and any medical information you choose to provide in support of your requested accommodation.)

Signature: _____

Date: _____

Print Name: _____

Authorized Representative's Signature: _____

Date: _____

Print Name: _____

REQUEST FOR MEDICAL INFORMATION FORM

INSTRUCTIONS FOR MEDICAL PROVIDER

Your patient has requested that the New York City Human Resources Administration (HRA) provide him/her with a reasonable accommodation/modification in order to receive meaningful access to HRA's programs, benefits and services. Please provide a detailed description of the specific physical and/or mental condition(s) that affects the patient's ability to perform certain tasks and engage in certain activities, any reasonable accommodation/modification needed and the relationship between the accommodation/modification and the patient's impairment. You may attach additional medical information to the forms as needed.

Please return this completed form to the patient.

Name of Patient (Please Print): _____ **Date of Birth:** _____

Social Security Number, if known: _____ **Case Number**, if known: _____

Name of Medical Provider: _____

Address of Medical Provider: _____

Telephone Number of Medical Provider: _____

OBSOLETE

1) Please state patient's medical and/or mental health condition(s):

2) Please provide a detailed description of the specific physical and/or mental health restrictions/limitations affecting the patient's ability to perform certain tasks and engage in certain activities. Please describe how the impairment affects the patient's daily functioning.

REQUEST FOR MEDICAL INFORMATION FORM (Continued)

- 3) Indicate whether the patient's condition(s) is permanent, chronic or temporary. If the patient's condition(s) is temporary, please state its anticipated duration.

- 4) Indicate what treatment if any the patient is currently receiving associated with his/her medical and/or mental health conditions(s) including, but not limited to, any medication or therapy.

- 5) Please describe the reasonable accommodation/modification needed by the patient and the relationship between it and client's medical and/or mental health conditions.

- 6) Does the patient's physical and/or mental health condition(s) make it difficult for the patient to perform the following activities? (If so, please fully describe the difficulties the patient has for each checked box):

Walking and/or Climbing Stairs. Describe: _____

Traveling and/or Taking Public Transportation. Describe: _____

Cognitive Functions (i.e. concentrating, remembering, understanding). Describe: _____

Sitting or Standing for extended periods of time. Describe: _____

Being in crowded places. Describe: _____

Medical Provider's Signature: _____

Date: _____

Medical Provider's License number: _____

OBSOLETE

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

De-assignment Letter

NOTE: As of August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

You have been de-assigned from the Back to Work employment vendor as of _____, because your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) employability status has changed. You are no longer required to report to the employment vendor and you are not required to attend any of the employment activities that the vendor had previously assigned to you.

If your SNAP employability status changes in the future, you could be reassigned to an employment vendor and be required to comply with new employment activities.

Date: _____

Case Number: _____

Center: _____

Important Notice Regarding Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Work Requirements

NOTE: As of August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

As a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) participant, you may be required to participate in employment activities. If we determine that you are required to take part in a work activity, you will be assigned to an employment program.

The Human Resources Administration (HRA) is offering you the opportunity to select a program from the list attached to this notice. These programs are available to assist you with finding a job or, if you are working, to help you move to another job where you may earn more money.

These programs assist food stamp participants and are ready to provide you with the skills and services that could help train you for a job or connect you with an employer. There is no charge to you for enrolling in these programs.

HRA urges you to choose a program that is convenient for you from the list. You should visit that program during the hours listed and begin working with that provider.

Good luck in your job search.

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Loss of Employment Form

NOTE: As of August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

I, _____, am claiming that I am no longer employed.

Comments entered by vendor:

I understand that I have been de-assigned from the Back to Work employment vendor and that my SNAP Center will contact me to discuss this claim in the near future.

Participant Signature: _____ Date: _____

Vendor Signature: _____ Date: _____



Obtaining Authorization to Administer Medication to Subsidized Children in Legally-Exempt Care

To be allowed to give out medication to children in child care, you must meet the New York State (NYS) requirements. You can start working on these things now. Your local Child Care Resource and Referral Agency (CCRR) can help you with this process. The phone number of the NYC Child Care Resource and Referral Consortium is (888) 469-5999.

1. APPLY FOR FINANCIAL AID (Optional)

You can ask your CCRR for help or you can complete and submit the Medication Administration Training grant application on your own. To request an application, call the State University of New York (SUNY) at Albany at (866) 665-5537, or download it from the SUNY Web site:

<http://tsg.suny.edu/mtgrant.htm>

Once the application is processed an award letter will be mailed to you.

2. COMPLETE THE THREE TYPES OF REQUIRED TRAINING

Your CCRR can help you sign up for these three trainings, or you can do it yourself.

- Medication Administration Training (MAT) and Competency Tests

Find a MAT trainer in your area. (Visit the Web site at <http://tsg.suny.edu>, or call SUNY at (866) 665-5537.) Attend MAT and present the award letter received from the MAT grant to the training organization as payment toward the cost of training. (Award letter is valid for 120 days.)

- Cardiopulmonary Resuscitation (CFR)

Must cover the ages of the children being cared for. Call your local chapter of the American Red Cross at (800) 514-5103.

- First Aid

Call your local chapter of the American Red Cross to sign up.

3. COMPLETE A HEALTH CARE PLAN FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

Your CCRR can give you the Health Care Plan for Administration of Medication for Legally Exempt Provider form and help you complete it. Alternatively, ask the parent of the children you are caring for to request a Health Care Plan from a child care specialist at his/her Job Center or you can pick one up on the second floor at 109 E. 16th Street, New York, NY between 9 AM and 5 PM, Monday through Friday, and complete the Health Care Plan on your own.

4. OBTAIN A HEALTH CARE CONSULTANT WHO WILL APPROVE YOUR PLAN

You can ask your CCRR to help you find a health care consultant or you can find one on your own. Your CCRR may be able to help you find health care consultant services at a reduced rate. The health care consultant is a physician, physician's assistant, nurse practitioner or registered nurse who will help you by:

- Helping you adjust your health care plan when necessary.
- Approving your plan after you have met the training requirements and after determining your Health Care Plan for Administration of Medication meets all requirements of the NYS Office of Children and Family Services.
- Making visits to your place of child care at least once every two years and when necessary.

5. SUBMIT YOUR PAPERWORK TO THE HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION (HRA)

You must submit to HRA:

- A copy of your plan's approval page, and
- The Administration of Medication section of the enrollment form, which shows you will be giving medication to children in your care. Mail these forms to: Human Resources Administration, Child Care Support Services, 109 E. 16th Street, New York, NY 10003.



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Telephone Recertification Contact Information

1) Please clearly write the area code and telephone number where we can contact you between the hours of 9 AM and 6 PM.

()

OBSOLETE

2) Please indicate whether the telephone number you have provided is your (please check one):

Home number Work number Cell phone number Other _____
(specify)

3) Please indicate the best time to call you between the hours of 9 AM and 6 PM in order to conduct the recertification interview. Select one:

9:00 AM – 10:00 AM 10:00 AM – 11:00 AM 11:00 AM – 12:00 PM 12:00 PM – 1:00 PM
 1:00 PM – 2:00 PM 2:00 PM – 3:00 PM 3:00 PM – 4:00 PM 4:00 PM – 5:00 PM
 5:00 PM – 6:00 PM

NOTE: As of August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

Enclosed is a brochure to tell you about the Human Resources Administration's new telephone recertification process. The telephone recertification process will allow you to conduct your recertification interview over the telephone instead of in the SNAP Center. In order to do this, we must have a telephone number on file for you.

According to our records,

We have the following telephone number on file for you, _____.

We do not have a telephone number on file for you.

OBSOLETE

If you would like to be considered for a telephone recertification interview and the number we have on file is incorrect or we don't have a number on file, please call us at _____ to update our records.

If the telephone number we have on file is correct, when it is time for your recertification we will send you a recertification packet. The packet must be completed and returned in order to conduct the telephone recertification interview.

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
NCA SNAP Center: _____

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Telephone Recertification Reminder Notice

NOTE: As of August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

OBSOLETE

By now you should have received a brochure regarding a new telephone recertification process. You will no longer need to come into the center for an interview; instead, the interview can be done over the phone. You will receive your recertification packet in the mail, along with a postage-paid return envelope for your convenience. Before we can call you for an interview, you must complete and return the application along with the required documentation to your SNAP Center. Please return the application as soon as possible so we can complete the recertification process.

Please Note: You also have the option of a face-to-face interview at our center. If this is what you prefer, please be sure to indicate this on the CALL TIME REQUEST FORM which is included in your recertification packet. We will then contact you to make arrangements for a face-to-face interview in our Center.