



# OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner  
Office of Procedures

## POLICY BULLETIN #18-05-OPE

### INTRODUCTION TO THE JCCGCI SUBSIDIZED INTERNSHIP PROGRAM

<p><b>Date:</b> February 2, 2018</p>	<p><b>Subtopic(s):</b> Forms, Employment</p>
	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center staff of a new form for participants who are participating in the INTERN/ NYC subsidized Internship Program. This policy bulletin is informational for all other staff.</p> <p>The INTERN/ NYC subsidized Internship Program was developed in collaboration with the Human Resources Administration (HRA) and the Jewish Community Council of Greater Coney Island (JCCGCI). When participants are enrolled in an education/training program, the JCCGCI will provide them with the opportunity to receive on the job training, learn new skills, and become financially independent. The program provides subsidized earned income that will be budgeted towards both Cash Assistance (CA) and Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits. The program is for four (4) months with a maximum of 20 hours a week of subsidized employment.</p> <p>When JCCGCI selects candidates to participate in the INTERN/ NYC Program, the selected participants must sign the INTERN/ NYC Program Statement of Understanding (<b>FIA-1206</b>) form. By signing the form, they acknowledge the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The length of the program;</li> <li>• Start and End Date of the program;</li> <li>• Internship will be at an approved worksite;</li> <li>• How many hours per week they are required to work;</li> <li>• How much they will be paid per hour;</li> <li>• Income will be budgeted towards CA and SNAP benefits;</li> <li>• They are required to keep all mandatory CA appointments;</li> <li>• Eligibility for medical assistance will not be affected;</li> <li>• They must notify the assigned Job Center within ten (10) business days if their internship ends;</li> </ul>

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

- The CA and SNAP benefits may be lowered or stopped if, without good cause, they:
  - Refuse an offer of permanent employment;
  - Voluntarily terminate employment; or
  - Bring about their own termination from employment.

A copy of the INTERN/ NYC Program Statement of Understanding (FIA-1206) form will be sent to the assigned Job Center to be scanned and indexed into electronic case folder.

Samples of the INTERN/ NYC Program Statement of Understanding (FIA-1206) form are attached.

*Effective Immediately*

**Attachments:**

- |                     |  |
|---------------------|--|
| <b>FIA-1206 (E)</b> | INTERN/ NYC Program Statement of Understanding           |
| <b>FIA-1206 (S)</b> | INTERN/ NYC Program Statement of Understanding (Spanish) |

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



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

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

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

Program Type: \_\_\_\_\_

## INTERN/ NYC Program Statement of Understanding Intern Information

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

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

Telephone Number \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

*Labels: First Name, M.I., Last Name, City, State, Zip Code*

**SAMPLE**

I understand that I am being enrolled in the INTERN/ NYC subsidized Internship Program. This program is managed by the Human Resource Administration (HRA) and delivered by the Jewish Community Council of Greater Coney Island (JCCGCI). The program provides subsidized earned income and on-the-job training

- I understand that the INTERN/ NYC Internship Program will last **4 months**.
- The INTERN/ NYC Internship Program Start Date: \_\_\_\_\_
- The INTERN/ NYC Internship Program End Date: \_\_\_\_\_
- I will be employed by the JCCGCI as an Intern, but the internship will be at an approved worksite at either a nonprofit or private organization.
- I am required to **work up to \_\_\_\_\_ hours per week and I will be paid \$\_\_\_\_\_ per hour**. If I am unable to work the full \_\_\_\_\_ hours per week, my payments will be reduced to reflect only the hours I have worked.
- Any income that is earned will be budgeted toward both my Cash Assistance (CA) and Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits.
- I am still required to keep all mandatory CA appointments. If I do not attend all mandatory appointments, my CA case may be affected. If I become ineligible for CA or my grant is lowered because I failed to keep any mandatory appointments, or another reason, I may become ineligible to participate in the INTERN/ NYC Internship Program.

(Turn page)

- My eligibility for medical assistance will not be affected during the period in which I am participating in the INTERN/INYC Internship Program.
- If for any reason my subsidized employment with the INTERN/INYC Internship Program ends, I must notify my assigned INTERN/INYC Job Center within ten (10) business days of the termination.
- My CA and SNAP benefits may be lowered or stopped if without good cause I:
  - Refuse an offer of permanent employment;
  - Voluntarily terminate employment; **or**
  - Bring about my own termination from employment.

If I willfully and without good cause refuse or fail to comply with a CA work activity, my CA and SNAP benefits may be lowered or stopped in accordance with 18NYCRR § 385.12.

I have read the Statement of Understanding for the INTERN/INYC Internship Program Participants. I understand and agree to comply with all of the requirements. I further understand that if I provide any false information or documentation related to my participation in the INTERN/INYC Internship Program, I will be subject to penalties.

If there are any problems with my case, such as a child care emergency or other emergency, or if I have any questions regarding my CA budget, I will contact HRA at:

\_\_\_\_\_

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.

**Accepted by:**

\_\_\_\_\_

Print Case Name

\_\_\_\_\_

Case Number

\_\_\_\_\_

Participant Signature

\_\_\_\_\_

JCC Representative Signature

\_\_\_\_\_

Date



Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del caso: \_\_\_\_\_  
Número del caso: \_\_\_\_\_  
Tipo de programa: \_\_\_\_\_

## Declaración de entendimiento del programa INTERN/ NYC Información del pasante

Nombre en letra  
impresa:

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección:

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono

Correo electrónico

SAMPLE

Entiendo que me estoy inscribiendo en el Programa de pasantías subsidiado por INTERN/ NYC. Este programa es administrado por la Administración de Recursos Humanos (Human Resource Administration, HRA) y proporcionado por el Consejo Comunitario Judío de Coney Island (Jewish Community Council of Greater Coney Island, JCCGCI). El programa ofrece la percepción de ingresos subsidiados y capacitación en el trabajo.

- Entiendo que el Programa de pasantías de INTERN/ NYC dura **cuatro (4) meses**.
- Fecha de inicio del Programa de pasantías de INTERN/ NYC: \_\_\_\_\_
- Fecha de finalización del Programa de pasantías de INTERN/ NYC: \_\_\_\_\_
- Tendré un contrato de empleo con JCCGCI como Pasante, pero la pasantía se realizará en un sitio de trabajo aprobado en una organización privada o sin fines de lucro.
- Debo **trabajar como máximo \_\_\_\_\_ horas por semana y percibiré un pago de \$ \_\_\_\_\_ por hora**. En caso de que no pueda trabajar el horario completo de \_\_\_\_\_ horas por semana, mis pagos se reducirán para reflejar únicamente las horas trabajadas.
- Todo ingreso percibido se contabilizará para mis beneficios de Asistencia en efectivo (Cash Assistance, CA) y para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP).
- Debo cumplir con todas las citas obligatorias de CA. En caso de no asistir a todas las citas obligatorias, mi caso de CA puede verse afectado. En caso de dejar de reunir los requisitos para CA o en caso de que mi subsidio se vea reducido debido al incumplimiento de las citas obligatorias o por cualquier otra razón, es posible que deje de reunir los requisitos para participar del Programa de pasantías de INTERN/ NYC.

(continúa en la siguiente página)

- Mi elegibilidad para recibir asistencia médica no se verá afectada durante el período en el que participe del Programa de pasantías de INTERN/INYC.
- Si, por alguna razón, finaliza mi empleo subsidiado con el Programa de pasantías de INTERN/INYC, debo notificar al Centro de trabajo asignado de INTERN/INYC en el plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de terminación.
- Mis beneficios de CA y el SNAP pueden sufrir reducciones o interrupciones en los siguientes casos (cuando no exista una buena causa):
  - Si rechazo una oferta de empleo permanente;
  - Si dejo voluntariamente el empleo; ●
  - Si provocho la terminación de mi empleo.

En caso de que yo, de manera intencional y sin una buena causa, rechace una actividad laboral de CA o no cumpla con ella, mis beneficios de CA y el SNAP pueden sufrir reducciones o interrupciones conforme a 18NYCRR § 385.12.

He leído la Declaración de entendimiento para participantes del Programa de pasantías de INTERN/INYC. Entiendo y acepto cumplir con todos los requisitos. Entiendo también que, si proporciono documentación o información falsa en relación con mi participación en el Programa de pasantías de INTERN/INYC, quedare sujeto a penal daces.

En caso de que haya algún problema con mi caso, como una emergencia de cuidado infantil o cualquier otra emergencia, o bien si tengo alguna pregunta sobre mi presupuesto de CA, me pondré en contacto con la HRA por el siguiente medio: \_\_\_\_\_.

**¿Tiene una afección o discapacidad médica o mental?** ¿Esta afección hace que le resulte difícil comprender este aviso o hacer lo que este aviso solicita? ¿Esta afección hace que le resulte difícil recibir otros servicios de la Administración de Recursos Humanos?  
**Podemos ayudarlo.** Llámenos al 212-331-4640. También puede pedir ayuda cuando visite una oficina de la HRA. Tiene derecho a solicitar esta clase de ayuda de acuerdo con la ley.

**Aceptado por:**

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Número de caso

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de JJC

\_\_\_\_\_  
Fecha