



OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

POLICY BULLETIN #18-55-EMP

(This Policy Bulletin must be used with PB #15-81-EMP)

CUNY-HRA FELLOWSHIP REPLACES CUNY-HRA WORK-STUDY

<p>Date: August 24, 2018</p>	<p>Subtopic(s): Forms, Employment</p>
	<p>This policy bulletin is being revised to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduce the name change of the program “City University of New York (CUNY) - Human Resource Administration (HRA) Work Study” to “CUNY-HRA Fellowship”; • Add clarification for the purpose of this fellowship program; • Introduce revisions in the form HRA Work Study Assignment Summary (FIA-1143) that reflect the above changes. <p>The program CUNY-HRA Work Study will now be called CUNY-HRA Fellowship as the purpose of the program has been clarified.</p> <p>The purpose of this fellowship program is to provide applicants/participants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • job training skills; • additional support for the completion of an Associate’s or Bachelor’s Degree; and • additional support to meet the educational expenses that CUNY EDGE (Educate-Develop-Graduate-Empower) student face, including but not limited to: <ul style="list-style-type: none"> ▪ additional educational tutoring, ▪ study aids, ▪ test preparation material. <p>The income from the fellowship remains exempt for both Cash Assistance (CA) and the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP).</p>

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

The form **FIA-1143** has been revised to include these changes. A sample of the form is attached.

Effective Immediately

Attachments:

FIA-1143(E)	CUNY-HRA Fellowship Assignment Summary
FIA-1143(S)	CUNY-HRA Fellowship Assignment Summary (Spanish)



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Case Type: _____

Caseload: _____

FH&C

Phone Number: _____

CUNY-HRA Fellowship Assignment Summary

You have been assigned to a Fellowship opportunity with the Research Foundation CUNY. If you are eligible, you will be paid \$_____ per hour for this Fellowship. This income will not affect your Cash Assistance (CA) and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits. Please be on time and dress appropriately.

The number of hours you are required to participate every week is _____.

You will receive carfare and child care (if applicable) as long as you are fully participating in the assignment.

Bring your HRA photo ID card. Do not bring friends or family to the appointment.

Your orientation is scheduled for:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Location Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Travel Directions:

(Turn page)

Your participation in this program is mandatory unless you receive another assignment, you become employed, or HRA determines that you have become unable to participate in the program or exempt for another reason such as:

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

In order to receive your benefits, you must participate for the assigned number of hours at your Fellowship, unless you have good cause not to participate in the Fellowship. If you fail to participate the assigned hours without good cause, your benefits may be reduced or terminated.

This notice tells you what to do if you believe that you should not participate or should receive a different assignment because of a medical problem, or you cannot come to your assignment for another reason.

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

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

What to do if you think that you should be given a different assignment because of a medical problem:

If you have already been determined as work limited by an HRA-authorized medical practitioner, you have informed your site supervisor of your limitations, and the agency has, to the best of its ability, made accommodations for your limitations, you may still contest the CUNY-HRA Fellowship assignment as medically inappropriate. The proper way to contest the CUNY-HRA Fellowship assignment is as follows:

1. Report to your assigned agency and find out about your assignment. You may discuss any issues you have about whether the assignment is appropriate with the person who gives you the assignment, your supervisor at the assignment, or the CUNY-HRA Fellowship coordinator.
2. If you have not resolved the issue at your site, you can also make an appointment to discuss your issues at a conference at HRA's Participants' Service Unit at **109 East 16th Street, 11th Floor, New York, NY**. Call **(212) 835-8457**.
3. If you are not able to resolve your issues at the Participants' Service Unit conference, you may request a Fair Hearing. (Please see the Conference and Fair Hearing Information section of this notice for more details.)

(Turn page)

What if your medical condition changes in a way that affects your ability to participate at an assignment?

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

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

You may refuse to participate at an assignment on the basis that it is inconsistent with your medical condition. However, if it is determined at a Fair Hearing that there is no basis for your claim that you are unable to engage in the assigned activities and that you intentionally misrepresented your medical condition, your benefits will be reduced as a sanction.

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

When can you be absent from your assignment?

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

What is "good cause" for missing a day or days of your assignment?

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

What to do if you cannot come to your assignment or you are going to be late?

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

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

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

(Turn page)

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

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

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

SAMPLE

(Turn page)

Assignment Information Summary

PARTICIPANT INFORMATION

Name:

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

Telephone Number: _____ CIN: _____

Address: _____ Case Type: _____

_____ ES Code: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Job Center: _____

Borough of Residence: _____

ASSIGNMENT INFORMATION

Agency: _____

Site Code: _____

Assignment: _____

Description: _____

NS Date: _____

Report Date: _____

Hours of Participation: _____

Comments:

INDIVIDUAL CHARACTERISTICS

High School: _____

Ex-Offender: _____

Ex-Addict: _____

Non-English Speaker: _____

(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>

(Turn page)

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.

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.

(Turn page)

FAIR HEARING REQUEST

Continuing Your Benefit(s): If our decision affects your benefits and you ask for a Fair Hearing within ten (10) days of the date of this notice, we will restore your benefits to the level that they were at before this notice, until a Fair Hearing decision is issued. If you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, your benefits will not be restored to the level that they were at before this notice.

If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits that you received, but should not have received, while you were waiting for the Fair Hearing decision. If you ask for a Fair Hearing and you do not want your benefits to be restored while you wait for the decision to be issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing, OR check the box below and send back this notice.

I do not want my benefits restored while I wait for the Fair Hearing decision to be issued.

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

SAMPLE

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

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____



Fecha: _____
 Número del Caso: _____
 Nombre del Caso: _____
 Tipo de Caso: _____
 Unidad de Casos: _____
 Número de FH&C: _____

Sumario de la Asignación de Becas de CUNY-HRA

A usted se le ha asignado la oportunidad de participar en el programa de becas con la Fundación de Investigaciones de CUNY [Research Foundation CUNY]. Si usted es elegible, se le pagará \$_____ la hora por esta beca. Este ingreso no afectará sus beneficios de Asistencia en Efectivo (CA) y/o del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). Favor de ser puntual y de vestirse apropiadamente.

El número de horas de participación semanal requerida es _____.

Usted recibirá dinero para transporte y cuidado infantil (si corresponde) mientras que participe de lleno en la asignación.

Traiga su tarjeta de identificación con foto de la HRA. No traiga amigos o familiares a la cita.

La orientación está programada para:

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

Nombre del Local: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje:

(Voltee la página)

Su participación en este programa es obligatoria a menos que usted reciba otra asignación, obtenga empleo, si la HRA le determina ser inapto(a) para participar en el programa o exento (a) por otro motivo, tal como si:

- Usted ha cumplido los 60 años de edad.
- Está en los últimos 30 días de embarazo.
- Es padre/madre soltero(a) quien cuida a un niño menor de trece (13) semanas de edad.
- La HRA determina que usted es necesitado(a) en casa para cuidar a un miembro del hogar enfermo o discapacitado.

Para poder recibir sus beneficios, usted debe participar el número de horas asignadas, a menos que tenga motivo justificado para no participar en la beca. Si usted no participa al no cumplir el número de horas asignadas sin motivo justificado, sus beneficios pueden reducirse o terminarse.

Este aviso le informa sobre los pasos que debe tomar en caso de que usted estime que no debe participar o que debe recibir una asignación distinta a razón de un problema médico o en caso de que no pueda presentarse a la asignación por otro motivo.

¿Qué tal si usted piensa que no se le debe exigir que participe a razón de un problema médico?

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

¿Qué debe hacer usted si piensa que se le debe requerir otra asignación a razón de un problema médico?

Si ya se ha determinado por un médico autorizado por la HRA que usted es un trabajador limitado, si se le ha informado al supervisor de la asignación sobre su estado limitado y la agencia ha concertado arreglos cuanto mejor pueda para sus límites, usted aún puede oponerse a la asignación de HRA por ser inapropiada desde el punto de vista médico. El modo apropiado de oponerse a una asignación de becas de CUNY-HRA es el siguiente:

1. Preséntese a su agencia asignada y averigüe los datos de su asignación. Usted puede conversar sobre cualquier asunto relacionado a la adecuación de la asignación con la persona que le dé la asignación, con el supervisor de la asignación o con el coordinador de becas de CUNY-HRA.
2. Si usted no logra resolver el asunto en el lugar asignado, también puede programar una cita para tratar el asunto en una conferencia en la Unidad de Servicios al Participante de la HRA en **109 East 16th Street, 11th Floor, New York, NY**. Llame al **(212) 835-8457**.
3. Si usted no logra resolver el asunto con la Unidad de Servicios al Participante, puede solicitar una Audiencia Imparcial. (Para más información, favor de consultar la sección de Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales de este aviso.)

(Voltee la página)

¿Qué tal si su afección médica cambia de manera que sus habilidades de participación en una asignación resulten afectadas?

Aborde cualquier problema relacionado con su afección médica con el supervisor de la asignación y proporcione documentación escrita en papel timbrado del médico, con la fecha, diagnóstico y pronóstico, indicando cuáles son las actividades de participación que su afección médica le impide desempeñar y la razón del impedimento. Los documentos deben ser los originales, en vez de fotocopias y deben ser actuales.

La agencia puede cambiar su asignación por otra, según la afección médica reseñada en la documentación presentada por usted, o si no la agencia le puede derivar a una evaluación médica.

Usted puede rehusar participar en una asignación a razón de que no va acorde con su afección médica. Sin embargo, si se determina en una Audiencia Imparcial que no existe fundamento para su reclamo de inaptitud para las actividades asignadas y que usted falseó intencionadamente su afección médica, se reducirán sus beneficios como sanción.

Siga las instrucciones en la sección titulada **¿Qué tal si usted recibe un Aviso de la Intención de Discontinuar Beneficios?** Si recibe el aviso de intención como resultado de un cambio en su afección médica, del cual la agencia no esté al tanto.

¿Cuándo puede usted faltar a la asignación?

Usted no tiene que presentarse a su asignación en los días feriados celebrados por la agencia asignada, en los días de observancia religiosa (deben ser documentados) o cuando cuente con "motivo justificado."

¿En qué consiste el "motivo justificado" para faltar al trabajo?

El "motivo justificado" incluye circunstancias ajenas a su voluntad, como por ejemplo, enfermedad, emergencia familiar, deber servir como jurado, citas en las oficinas de la HRA, cierre de escuela, falta de cuidado infantil, o problemas con los pagos del mismo o falta de transporte. "Motivo justificado" también incluye entrevistas de trabajo y empleo temporario o de tiempo parcial.

¿Qué debe hacer usted si va a llegar tarde o a faltar a la asignación?

Usted debe notificar por teléfono a su supervisor tan pronto sepa que va a llegar tarde o faltar. Comuníquese con su supervisor antes de la hora de inicio programada en la asignación. De no hacerlo, usted puede perder beneficios. Al regresar al lugar de la asignación, usted debe llevar cualquier documentación obtenida de manera razonable que indique la razón por su ausencia o tardanza.

¿Cuáles son las consecuencias de llegar tarde o faltar sin motivo justificado a la asignación, no comunicarse con su supervisor por la ausencia o tardanza o deno presentar documentación?

Si usted llega tarde o falta a la asignación sin motivo justificado, recibirá un aviso de incumplimiento. Usted también puede recibir un aviso por no comunicarse con su supervisor o no presentar documentación. Usted tendrá el derecho de solicitar una conciliación, conferencia y/o Audiencia Imparcial dentro del plazo indicado en el aviso.

(Voltee la página)

¿Qué tal si usted recibe un Aviso de Intención de Discontinuar Beneficios?

Si usted recibe un Aviso de Intención de Discontinuar Beneficios por incumplimiento de su asignación, usted tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Sus beneficios seguirán emitiéndose, hasta que la Audiencia Imparcial llegue a una decisión, con la condición de que usted solicite la Audiencia Imparcial dentro del plazo indicado en el Aviso de Intención.

**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)

Tareas Típicas del Participante de Becas de CUNY-HRA por Agrupación de Asignaciones

Nombre del Participante: _____
Nombre I. Apellido

Número del Caso: _____

- | Servicios de Oficinista |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• contestación de teléfonos• redacción de mensajes• programación de citas• acogida y guía de visitantes• impartición de información general• archivo de expedientes• faxeo de documentos• tramitación de documentos rutinarios• producción y compaginación de copias• habilitación de sala de reuniones• ingreso de datos• taquigrafía en computadora• servicio de mensajero• trabajo de cuarto de correo• empaque y desempaques• control de entregas• recepción, almacenamiento y distribución de suministros• trabajo de control de inventario• operación de metro franqueador• expedición de formularios, suministros• publicación de gastos• tramitación de comprobantes• contabilidad sencilla |

SAMPLE

(Voltee la página)

Sumario de Información de la Asignación

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____ Número del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Número de Teléfono: _____

CIN: _____

Dirección: _____ Tipo de Caso: _____

_____ Código ES: _____

Código

Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____ Centro de Trabajo: _____

Condado de Residencia: _____

INFORMACIÓN DE ASIGNACIÓN

Agencia: _____

Código de la asignación: _____

Asignación: _____

Reseña: _____

Fecha NS: _____

Fecha de presentación: _____

Horas de participación: _____

Comentarios:

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Educación secundaria: _____

Ex-infractor: _____

Ex-adicto: _____

No habla inglés: _____

(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 escríbanos 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>

(Voltee la página)

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.

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.

(Voltee la página)

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Continuación de su(s) Beneficio(s): Si nuestra decisión afecta sus beneficios y usted solicita una Audiencia Imparcial dentro de diez (10) días a partir de la fecha de este aviso, nosotros restauraremos sus beneficios al nivel anterior a este aviso, hasta que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial. Si usted solicita sólo una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, no se restaurarán sus beneficios al nivel anterior a este aviso.

Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que devolver cualquier beneficio que haya recibido sin derecho a ello, mientras esperaba la emisión de la decisión. Si solicita una Audiencia Imparcial y no desea que sus beneficios se restauren mientras espera la decisión de la Audiencia Imparcial, usted debe informar al Estado al llamar para una Audiencia Imparcial, O marcar la casilla a continuación y devolver este aviso.

No deseo que se restauren mis beneficios mientras espero que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial.

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

SAMPLE

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

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____