



OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

POLICY BULLETIN #18-76-OPE

MONTHLY UPDATES: (DHS-16, DSS-7S, DSS-7T, DSS-7U, DSS-8L, DSS-8M, EIS-1, EIS-1A, EIS-1B, EIS-1C, EIS-1D, EIS-1E, EIS-1F, EIS-1G, EIS-2, EIS-2A, EIS-2B, EXP-85MM, FIA-1042 FLY-86, HRA-119, HRA-146J, HRA-146Q, HRA-137O, LDSS-3152 NYC, LDSS-4013A NYC, LDSS-4013B NYC, M-50J, W-147, W-608V)

Date: December 10, 2018	Subtopic(s): Forms
Updated and added items	<p>The following forms have been added or updated on eDocs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Housing Assistance Questionnaire” (DHS-16) form was created for the Department of Homeless Services (DHS) Mobile Outreach Team (MOT) to assess and intake new shelter clients. This is a fillable form that is used by MOT staff. • The forms listed below were created for the new CityFHEPS program. CityFHEPS combines city-funded housing subsidy programs, including multiple Living in Communities (LINC) programs, the Special Exit and Prevention Supplement (SEPS), and the City Family Eviction Prevention Supplement (CityFEPS) into one program. Additional information about these forms and their intended will be released in a separate document : <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Request for a Modification to Your CityFHEPS Rental Assistance Supplement Amount” (DSS-7s); ▪ “We Have <u>Approved</u> Your Adjustment Request!” (DSS-7t); ▪ “We Have Denied Your Adjustment Request” (DSS-7u); ▪ “CityFHEPS Packet Transmittal from DHS” (DSS-8L); ▪ “CityFHEPS Packet Transmittal from APS” (DSS-8m) the form is only available in English. • The following forms were created for the CityFHEPS special assessment population: <ul style="list-style-type: none"> ▪ “The Name of Your Rental Assistance Supplement is Changing” (EIS-1); ▪ “CityFHEPS RENEWAL REQUEST” (EIS-1a); ▪ “We Have <u>Approved</u> Your Renewal for a Rental Assistance Supplement!” (EIS-1b); ▪ “WARNING: Your Rental Assistance Supplement May End!” (EIS-1c);

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

- “Final Notice: Your Rental Assistance Supplement Will End” (**EIS-1d**);
 - “CityFHEPS Approval Notice” (**EIS-1e**);
 - “CityFHEPS Denial Notice” (**EIS-1f**);
 - “CityFHEPS PROGRAM PARTICIPANT AGREEMENT” (**EIS-1g**);
 - “Notice of Termination of Rental Assistance Supplement Payments” (**EIS-2**);
 - “Notice of Intent to Renew to CityFHEPS for Landlords” (**EIS-2a**);
 - “CityFHEPS Packet Cover Sheet for EIS” (**EIS-2b**).
- The followings forms were updated to comply with Local Law 30:
 - “Notice to Report to Center” (**EXP-85MM**);
 - “Notice to Report Employment” (**FIA-1042**);
 - “HELP IS IN YOUR NEIGHBORHOOD” (**FLY-86 [MLF]**);
 - “Common Benefit Identification Card Signature Authorization Form” (**W-608V**).
- Two Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) forms were revised to include the landlord signing bonus that is now \$4,300:
 - “Potential Eligibility for Family Homelessness and Eviction Prevention Supplement (FHEPS)” (**HRA-146j**);
 - “Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) Fact Sheet for Landlords” (**HRA-146q**).
- “Disability Screening - Client Response” (**HRA-137o**) form was created for the disability screening process in the Paperless Office System (POS).
- New local equivalents of the following State forms will be generated from POS:
 - “Action Taken On Your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits Case (NYC)” (**LDSS-3152 NYC**);
 - “Action Taken On Your Application: Part A Public Assistance, Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) And Medical Assistance Coverage (NYC)” (**LDSS-4013A NYC**);
 - “Action Taken On Your Application: Part B Public Assistance, Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) And Medical Assistance Coverage (NYC)” (**LDSS-4013B NYC**);

Obsolete forms

- “Letter to Landlord/Management Agent – Request for Residence Verification” (**W-147**) form will only be generated out of POS in English and Spanish. All other translations of this form are now obsolete and must be recycled.

The following forms have been made obsolete:

- “Notice of Referral to Legal Service Provider” (**HRA-119**)
- “Notice to Recipients 62 Years of Age” (**M-50j**)

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

Effective Immediately

Attachments:

DHS-16 (E)	Housing Assistance Questionnaire (11/26/2018)
DSS-7s (E)	Request for a Modification to Your CityFHEPS Rental Assistance Supplement Amount (11/29/2018)
DSS-7s (S)	Request for a Modification to Your CityFHEPS Rental Assistance Supplement Amount (11/29/2018)
DSS-7t (E)	We Have <u>Approved</u> Your Adjustment Request! (12/03/2018)
DSS-7t (S)	We Have <u>Approved</u> Your Adjustment Request! (12/03/2018)
DSS-7u (E)	We Have Denied Your Adjustment Request (11/29/2018)
DSS-7u (S)	We Have Denied Your Adjustment Request (11/29/2018)
DSS-8L (E)	CityFHEPS Packet Transmittal from DHS (11/09/2018)
DSS-8m (E)	CityFHEPS Packet Transmittal from APS (12/04/2018)
EIS-1 (E)	The Name of Your Rental Assistance Supplement is Changing (09/12/2018)
EIS-1 (S)	The Name of Your Rental Assistance Supplement is Changing (09/12/2018)
EIS-1a (E)	CityFHEPS RENEWAL REQUEST (09/12/2018)
EIS-1a (S)	CityFHEPS RENEWAL REQUEST (09/12/2018)
EIS-1b (E)	We Have <u>Approved</u> Your Renewal for a Rental Assistance Supplement! (09/12/2018)

EIS-1b (S)	We Have <u>Approved</u> Your Renewal for a Rental Assistance Supplement! (09/12/2018)
EIS-1c (E)	WARNING: Your Rental Assistance Supplement May End! (09/12/2018)
EIS-1c (S)	WARNING: Your Rental Assistance Supplement May End! (09/12/2018)
EIS-1d (E)	Final Notice: Your Rental Assistance Supplement Will End (09/12/2018)
EIS-1d (S)	Final Notice: Your Rental Assistance Supplement Will End (09/12/2018)
EIS-1e (E)	CityFHEPS Approval Notice (10/18/2018)
EIS-1e (S)	CityFHEPS Approval Notice (10/18/2018)
EIS-1f (E)	CityFHEPS Denial Notice (10/11/2018)
EIS-1f (S)	CityFHEPS Denial Notice (10/11/2018)
EIS-1g (E)	CityFHEPS PROGRAM PARTICIPANT AGREEMENT (10/15/2018)
EIS-1g (S)	CityFHEPS PROGRAM PARTICIPANT AGREEMENT (10/15/2018)
EIS-2	Notice of Termination of Rental Assistance Supplement Payments (09/14/2018)
EIS-2a	Notice of Intent to Renew to CityFHEPS for Landlords (09/17/2018)
EIS-2b	CityFHEPS Packet Cover Sheet for EIS (10/26/2018)
EXP-85MM (E)	Notice to Report to Center (03/09/18)
EXP-85MM (S)	Notice to Report to Center (03/09/18)
FIA-1042 (E)	Notice to Report Employment (03/09/2018)
FIA-1042 (S)	Notice to Report Employment (03/09/2018)
FLY-86 (MLF)	HELP IS IN YOUR NEIGHBORHOOD (4/16/2018)
HRA-146j (E)	Potential Eligibility for Family Homelessness and Eviction Prevention Supplement (FHEPS) (11/16/18)
HRA-146j (S)	Potential Eligibility for Family Homelessness and Eviction Prevention Supplement (FHEPS) (11/16/18)
HRA-146q (E)	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) Fact Sheet for Landlords (11/19/2018)
HRA-137o	Disability Screening - Client Response (03/26/2018)
LDSS-3152 NYC	Action Taken On Your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits Case (NYC) (Rev. 5/16)
LDSS-3152 NYC SP	Action Taken On Your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Benefits Case (NYC) (Rev. 5/16)

LDSS-4013A NYC	Action Taken On Your Application: <u>Part A</u> Public Assistance, Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) And Medical Assistance Coverage (NYC) (Rev. 05/16)
LDSS-4013A NYC SP	Action Taken On Your Application: Part A Public Assistance, Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) And Medical Assistance Coverage (NYC) (Rev. 05/16)
LDSS-4013B NYC	Action Taken On Your Application: <u>Part B</u> Public Assistance, Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) And Medical Assistance Coverage (NYC) (Rev. 05/16)
LDSS-4013B NYC SP	Action Taken On Your Application: Part B Public Assistance, Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) And Medical Assistance Coverage (NYC) (Rev. 05/16)
W-147 (E)	Letter to Landlord/Management Agent – Request for Residence Verification (7/5/11)
W-147 (S)	Letter to Landlord/Management Agent – Request for Residence Verification (7/5/11)
W-608V (E)	Common Benefit Identification Card Signature Authorization Form (05/03/18)
W-608V (S)	Common Benefit Identification Card Signature Authorization Form (05/03/18)
HRA-119	Notice of Referral to Legal Service Provider (Obsolete)
M-50j	Notice to Recipients 62 Years of Age (Obsolete)

HOUSING ASSISTANCE QUESTIONNAIRE

Name: _____ Phone: _____

Date of Birth: _____ Cash Assistance Number: _____

Facility Name: _____ Family Size: Adults _____ Children _____

Case Worker Name: _____

Reason for Homelessness

1. Is this your first time in shelter? Yes No, how long have you been residing in shelter? _____
2. What is the situation that caused you to seek shelter? Eviction Foreclosure Domestic Violence
 Other _____

Housing Plan

3. What is your current plan for leaving shelter and finding an apartment?

4. What steps have you taken towards accomplishing your plan?

5. Have you applied for an apartment and been rejected because of your credit report? Yes No
6. Were you ever evicted from Public Housing? _____
7. Do you have any special housing needs? For example, do you or a member of your household have mobility issues, or do you have a borough or zip code of preclusion?

Housing Search

8. What methods are you currently using to secure permanent housing?
 Realtor Craigslist Other: _____
9. Do you currently have a rental assistance voucher? Yes No
If yes, what type of voucher: _____
10. What type of services do you feel would best aid you in your housing search?

11. What is your current work schedule? _____
12. What is a telephone number where you can be reached? _____
13. What would be the best time to search for and view apartments? _____

(Turn Page)

Income

Gross Monthly Income: \$ _____ Net Monthly Income: \$ _____

Child Support: \$ _____ SSI Amount: \$ _____

Debt

Credit Cards

Name/Type: _____ Name/Type: _____

Monthly Payment: \$ _____ Balance: \$ _____ Monthly Payment: \$ _____ Balance: \$ _____

Name/Type: _____ Name/Type: _____

Monthly Payment: \$ _____ Balance: \$ _____ Monthly Payment: \$ _____ Balance: \$ _____

Name/Type: _____ Name/Type: _____

Monthly Payment: \$ _____ Balance: \$ _____ Monthly Payment: \$ _____ Balance: \$ _____

Payroll Deductions (monthly)

Child Support: \$ _____ Alimony: \$ _____ Pension/Bank Loan: \$ _____

Other Deductions: \$ _____ IRS Garnishment: \$ _____ Other Garnishment: \$ _____

Past Housing Related Debt

Utility Arrears: \$ _____ Rental Arrears: \$ _____ Storage: \$ _____

Small Claims Judgment: \$ _____

Personal Expenses

Cell Phone: \$ _____ Tuition: \$ _____ Student/Personal Loan(s): \$ _____

Transportation: \$ _____ Child Care: \$ _____ Car Note: \$ _____

Car Insurance: \$ _____ Health/Life Insurance: \$ _____ Food: \$ _____

Entertainment/Other: \$ _____

Credit History (if known)

FICO Credit Score _____ as of (date last checked) _____

If you haven't already done so, please utilize one of the below websites to get your free annual credit report:

Annual Credit Report.com (<https://www.annualcreditreport.com/index.action>)

Free Credit Report.com (<https://www.freecreditreport.com>)

Credit Karma.com (<https://www.creditkarma.com/>)



Request for a Modification to Your CityFHEPS Rental Assistance Supplement Amount

Complete this form if your income has changed and you are seeking a modification to your CityFHEPS rental assistance supplement amount.

Section 1: Tenant Information		
First Name:	Last Name:	
Address:		Apartment/Room Number:
City	State	Zip Code:

Section 2: Income Change Information
My household income has: <input type="checkbox"/> Increased <input type="checkbox"/> Decreased <input type="checkbox"/> Ended
Please explain why your income has changed: _____ _____ _____



Section 3: Current Income Summary		
Complete the fields below. Include each person who lives with you that currently receives income. Include their name, the income source (for example: job, Supplemental Security Income [SSI], Unemployment Insurance Benefits), and their total monthly income.		
Household Member	Income Source	Monthly Total

(Turn Page)

Section 4: Documents	
Place a check mark (✓) next to the supporting documents you will submit with this completed form.	
Supporting Documents	
<input type="checkbox"/>	Pay stubs
<input type="checkbox"/>	Employment letter
<input type="checkbox"/>	SSI or Social Security Disability (SSD) award letter
<input type="checkbox"/>	Unemployment Insurance Benefits letter
<input type="checkbox"/>	Other

Section 5: Attestation	
I declare under penalty of perjury that all statements made on and documents submitted with this form are correct and complete to the best of my knowledge. I certify that by signing this form, I agree to an investigation conducted by the New York City Human Resources Administration (HRA) to verify or confirm the information I have submitted, and determine my eligibility for a modification to my City FHEPS rental assistance supplement amount.	
_____ Signature	_____ Date

SAMPLE

Section 6: Submission Options	
Please use <u>one</u> of the options below to submit your completed form and supporting documents:	
	Email: raprenewals@hra.nyc.gov
	In-Person: 109 East 16th Street, 1st Floor, Room 102 New York, NY 10003
Between _____ and _____	

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.

Petición para Modificar la Cantidad del Suplemento de Asistencia de Alquiler de CityFHEPS

Rellene este formulario si su ingreso ha cambiado y si está solicitando modificar la cantidad del suplemento de asistencia de alquiler de CityFHEPS.

Sección 1: Información sobre el inquilino		
Nombre:	Apellido:	
Dirección:	Núm. de apartamento o habitación:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:



Sección 2: Información sobre el cambio de ingreso
El ingreso de mi hogar ha: <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> disminuido <input type="checkbox"/> acabado
Favor de explicar por qué ha cambiado el ingreso:

Sección 3: Resumen del ingreso actual		
Rellene las casillas que siguen a continuación. Incluya a cada persona que viva con usted y que actualmente reciba ingresos. Incluya el nombre, la fuente de ingreso (ejemplo: trabajo, Ingreso Suplementario de Seguridad Social [SSI, por sus siglas en inglés], Beneficios de Seguro de Desempleo) y el ingreso mensual total.		
Integrante del hogar	Fuente de ingreso	Total mensual

(Voltee la página)

Sección 4: Documentos	
Coloque una marca de cotejo (✓) junto a los documentos de apoyo que usted presentará en con este formulario relleno.	
Documentos de apoyo	
<input type="checkbox"/>	Talones de paga
<input type="checkbox"/>	Carta de empleo
<input type="checkbox"/>	SSI o carta de asignación de Seguridad Social por Discapacidad (SSD)
<input type="checkbox"/>	Carta de Beneficios de Seguro de Desempleo
<input type="checkbox"/>	Otro documento

Sección 5: Testimonio	
Declaro bajo pena de perjurio que las declaraciones aquí hechas y los documentos presentados con este formulario, son correctos y completos, según mi leal saber y entender. Al firmar este formulario certifico que estoy de acuerdo con la investigación realizada por la Administración de Recursos Humanos (HRA, por sus siglas en inglés) para verificar y confirmar la información presentada y determinar mi elegibilidad para modificar la cantidad del suplemento de asistencia de alquiler de CityFHEPS.	
_____ Firma	_____ Fecha

Sección 6: Opciones de presentación	
Favor de utilizar <u>una</u> de la opciones mencionadas a continuación para presentar el formulario relleno y los documentos de apoyo:	
 Correo electrónico:	raprenewals@hra.nyc.gov
 En persona:	109 East 16th Street, 1st Floor (1er piso), Room 102 New York, NY 10003 Entre las _____ y _____

¿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.



Notice Date: _____

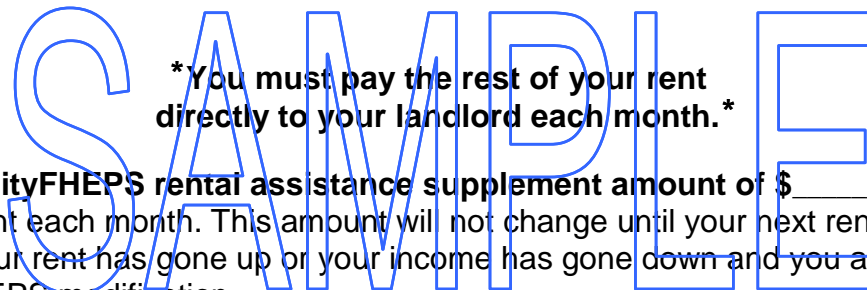
Client Name: _____

Letter Number: _____

We Have Approved Your Modification Request!

Your recent request to modify your CityFHEPS rental assistance supplement amount was approved!

We will pay a total of \$_____ towards your rent each month starting on _____.



You must pay the rest of your rent directly to your landlord each month.

We will pay a CityFHEPS rental assistance supplement amount of \$_____ towards your rent each month. This amount will not change until your next renewal unless you notify us that your rent has gone up or your income has gone down and you are approved for another CityFHEPS modification.

The part of your rent paid by Cash Assistance is \$_____ as long as your Cash Assistance budget does not change and you do everything that we ask you to do for Cash Assistance. If your Cash Assistance shelter allowance changes, the amount of rent you have to pay will also change.

We based your CityFHEPS rental assistance supplement amount on the following information you gave us or that we had in our files for your household:

1. Your monthly rent is \$_____.
2. There are _____ people in your home.
3. Your household gross monthly income is \$_____.

If you have any questions, please call us at **929-221-0043** immediately.

(Turn Page)

CityFHEPS is similar to the federal Section 8 program in that, subject to the availability of funding, it provides assistance, including rental assistance of specified amounts, to landlords and tenants who want to form a landlord–tenant relationship. Any contractual relationship will be solely between each tenant participating in the program and each tenant’s landlord participating in the program.

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 ENCLOSED CONFERENCE AND ADMINISTRATIVE APPEAL
RIGHTS INFORMATION SECTION OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

(Turn Page)

Right to a Review of Our Determinations

DO YOU THINK WE ARE WRONG? (IF SO, CONTACT HRA IMMEDIATELY)

If you think our decision is wrong, you should talk with your case manager. If we made a mistake, we will correct it. If you are not satisfied with the explanation your case manager gives you, you can request a review conference with HRA and/or an administrative appeal hearing to obtain a review of the decision. Often, the quickest way to have the decision reviewed is by requesting a conference with HRA. **An agency review conference must be requested within 60 days of the issuance of this determination.**

HOW TO REQUEST A REVIEW CONFERENCE

It is very easy to request a review conference. Just call 929-221-0043 and say that you are requesting a review conference about your eligibility for the CityFHEPS program. One will be scheduled as soon as possible.

WHAT TO EXPECT AT A REVIEW CONFERENCE

At a review conference, we will discuss our decision with you. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. If you have documents that show there was an error, you can explain the error to us and we will direct you regarding the fastest way to change or update your information.

If you are not satisfied with the results of the review conference, you are still entitled to an administrative appeal. **Your time to request an appeal will be extended until 60 days after the date of your review conference.**

ADMINISTRATIVE APPEAL PROCESS

Deadline for requesting an appeal: You have 60 days from the date of this notice or the date of your conference to request an Administrative Appeal.

How to Ask for an Administrative Appeal Hearing:

You can ask for an administrative appeal by **mail**, by **fax**, or by **email**. If you cannot reach HRA by fax or email, please write to NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003 to ask for an administrative appeal before the deadline. All requests for administrative appeals must be in writing.

(1) MAIL: Send a copy of **ALL PAGES OF THIS NOTICE**, completed, to:
NYC/DSS Administrative Hearings
109 East 16th Street, 3rd Floor
New York, NY 10003
(Please keep a copy for yourself.)

(2) FAX: Fax a copy of **ALL PAGES OF THIS NOTICE** to: **917-639-0313**.

(3) E-MAIL: Scan and E-mail **ALL PAGES OF THIS NOTICE** to: **RACC@hra.nyc.gov**

I want an administrative appeal. I do not agree with the City's decision.
(You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Keeping your Benefits the Same:

We will not change your CityFHEPS amount if you ask for an Administrative Appeal hearing about the decision in this notice within 10 days of the date of this notice. If you ask for a conference only and not an Administrative Appeal hearing, we WILL change your CityFHEPS amount.

If you do not want your rental assistance amount to continue until the decision is issued, you must tell HRA when you request the Administrative Appeal hearing.

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

Signature: _____ Date: _____

What to Expect at an Administrative Appeal Hearing

HRA will send you a notice that tells you when and where the appeal hearing will be held.

At the hearing, you will have a chance to explain why you think the decision is wrong. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

(Turn Page)

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements. At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

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

If you have a disability and need a reasonable accommodation, such as sign language interpretation, assistance for a visual impairment or some other accommodation, to participate in a conference or hearing, please make this request on this form.

Legal Assistance

If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocacy group. For contact information for Legal Aid or other advocacy groups or the names of other lawyers, check your Yellow Pages under "Lawyers" or check the internet equivalent.

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 file. If you call, write or fax HRA, we will send you free copies of the documents from your files which we will give to the hearing officer at the hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of other specific documents which you think you may need to prepare for your appeal hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call HRA at **929-221-0043** or write HRA at **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

Information

If you want more information about your case, how to ask for an administrative appeal, how to see your file, or how to get additional copies of documents, call HRA at **929-221-0043** or write to **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Further Appeal Rights

If you think the hearing officer's decision is wrong, you will have the right to appeal the hearing officer's decision to a higher-level manager within HRA. Information on how to take a further appeal will be included in the hearing officer's decision.



Fecha de aviso: _____

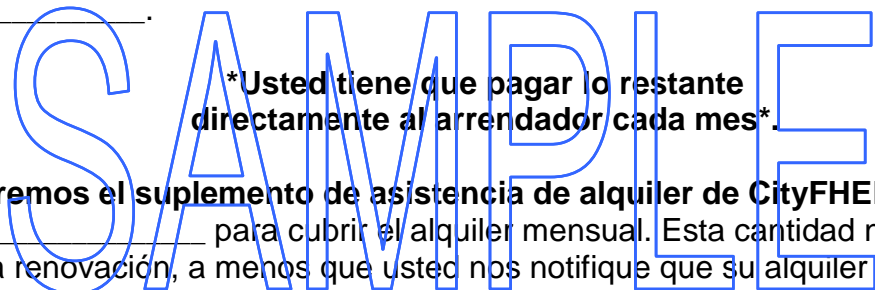
Nombre del cliente: _____

Número de la carta: _____

¡Hemos Aprobado su Petición de Modificación!

¡Su petición reciente para modificar la cantidad del suplemento de asistencia de alquiler de CityFHEPS ha sido aprobada!

Nosotros pagaremos un total de \$ _____ para cubrir parte de su alquiler cada mes a partir de _____.



***Usted tiene que pagar lo restante directamente al arrendador cada mes*.**

Nosotros pagaremos el suplemento de asistencia de alquiler de CityFHEPS por la cantidad de \$ _____ para cubrir el alquiler mensual. Esta cantidad no cambiará hasta la próxima renovación, a menos que usted nos notifique que su alquiler ha aumentado o que sus ingresos hayan bajado y que se le haya aprobado otra modificación de CityFHEPS.

La porción de alquiler pagada por la Asistencia en Efectivo es de \$ _____, siempre y cuando no cambie su presupuesto de la Asistencia en Efectivo y usted haga todo lo que le pidamos en cuanto a la Asistencia en Efectivo. Si su asignación de refugio de Asistencia en Efectivo cambia, la cantidad de alquiler que usted tiene que pagar también cambiará.

Nosotros basamos la cantidad de la asistencia de alquiler de CityFHEPS en la información que usted nos proporcionó o que teníamos en nuestros archivos sobre su hogar:

1. Su alquiler mensual es de \$ _____.
2. Hay _____ personas en su hogar.
3. El ingreso bruto mensual del hogar es de \$ _____.

Si tiene preguntas, llámenos de inmediato al **929-221-0043**.

CityFHEPS es similar al programa Federal de la Sección 8 en el sentido de que, sujeto a la disponibilidad de fondos, provee asistencia, incluida asistencia de alquiler en determinadas cantidades, a los arrendadores e inquilinos que deseen establecer una relación mutua. Toda relación contractual se establecerá exclusivamente entre cada inquilino participante en el programa y el arrendador del inquilino que también participe en el programa.

¿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.

SAMPLE

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN ADJUNTA A ESTE AVISO SOBRE CONFERENCIAS
Y DERECHOS DE APELACIÓN ADMINISTRATIVA PARA SABER CÓMO APELAR ESTA
DECISIÓN.**

(Voltee la página)

Derecho a revisar nuestras determinaciones
¿CREE QUE ESTAMOS EQUIVOCADOS?
(EN TAL CASO, COMUNÍQUESE DE INMEDIATO CON LA HRA)

Si piensa que nuestra decisión es errónea, debe hablar con el administrador de su caso. Si cometimos algún error, lo corregiremos. Si usted no está satisfecho(a) con la explicación de su administrador de caso, puede solicitar una conferencia de revisión con la HRA y/o una audiencia de apelación administrativa para obtener a una revisión de la decisión. A menudo, la manera más rápida de que se revise una decisión es mediante la conferencia con la HRA. **La conferencia revisión de la agencia se debe solicitar dentro de 60 días a partir de la emisión de esta determinación.**

CÓMO SOLICITAR UNA CONFERENCIA DE REVISIÓN

Es muy fácil solicitar una conferencia de revisión. Solo tiene que llamar al 929-221-0043 e informar que está solicitando una conferencia de revisión de su elegibilidad para el programa de CityFHEPS. Se programará una conferencia lo antes posible.

QUÉ SE HA DE ESPERAR EN UNA CONFERENCIA DE REVISIÓN

En la conferencia de revisión, analizaremos nuestra decisión con usted. A veces ésta es la manera más rápida de solucionar cualquier problema que pueda tener. Si tiene documentos que demuestren que hubo algún error, puede explicarnos el error y le indicaremos cuál es la forma más rápida de cambiar o actualizar su información.

Si no está satisfecho(a) con los resultados de la conferencia de revisión, aún tiene derecho a una apelación administrativa. El período para **solicitar una apelación se extenderá hasta 60 días después de la fecha de la conferencia de revisión.**

TRÁMITE DE APELACIÓN ADMINISTRATIVA

Fecha límite para solicitar una apelación: Tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso o de la fecha de la conferencia para solicitar la apelación administrativa.

Cómo solicitar una audiencia de apelación administrativa:

Puede solicitar una apelación administrativa por **correo postal**, por **fax** o por **correo electrónico**. Si no puede comunicarse con la HRA por fax o por correo electrónico, favor de escribir a NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003, para solicitar una apelación administrativa antes de la fecha límite. Todas las solicitudes de apelaciones administrativas se deben presentar por escrito.

(1) CORREO POSTAL: Enviar una copia de **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO**, rellenadas, a:
NYC/DSS Administrative Hearings
109 East 16th Street, 3rd Floor
New York, NY 10003
(Favor de guardar una copia para usted.)

(2) FAX: Enviar una copia de **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO** al:
917-639-0313.

(3) CORREO ELECTRÓNICO: Escanear y enviar por correo electrónico **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO** a: **RACC@hra.nyc.gov**

(Voltee la página)

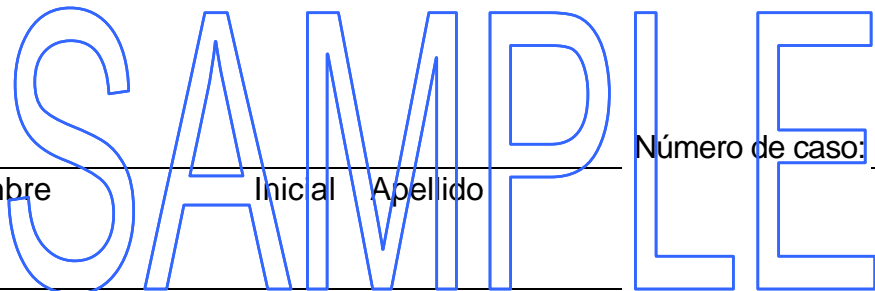
Deseo una apelación administrativa. No estoy de acuerdo con la decisión de la ciudad.

(A continuación puede explicar por qué no está de acuerdo, pero no es obligatorio incluir una explicación por escrito).

Para mantener sus beneficios sin cambios:

Nosotros no cambiaremos el CityFHEPS, si usted solicita una Audiencia de Apelación Administrativa sobre la decisión mencionada en este aviso, dentro de 10 días de la fecha que aparece en este aviso. Si usted solo solicita una conferencia pero no solicita la Audiencia de Apelación Administrativa, nosotros CAMBIAREMOS el CityFHEPS.

Si no desea que la cantidad de asistencia de alquiler continúe hasta que se tome una decisión, usted tiene que comunicárselo a la HRA cuando solicite la Audiencia de Apelación Administrativa.

Nombre en letra de molde:  Número de caso: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Signature: _____ Fecha: _____

Qué debe esperar en una Audiencia de Apelación Administrativa

La HRA le enviará un aviso que le indicará cuándo y dónde tendrá lugar la audiencia de apelación.

En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué piensa que la decisión es errónea. Puede traer a un abogado, a un familiar, a un amigo o a otra persona para que le ayude con su explicación. Si no puede acudir en persona, puede enviar a alguien para que le represente. Si en vez de ir usted envía a alguien que no sea abogado a la audiencia, debe darle a esa persona una carta que le indique al funcionario de audiencias que usted desea que esta persona le represente en la audiencia.

Voltee la página)

Para ayudarle durante la audiencia a explicar por qué cree que estamos equivocados, debería traer a cualquier testigo que pueda ayudarle. También debe presentar cualquier documento que tenga, como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, facturas, declaraciones médicas. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante pueden hacer preguntas a los testigos que traigamos nosotros o que usted traiga para ayudar en su caso.

Si tiene una discapacidad y no puede viajar, puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado o empleado de abogado, su representante debe traerle al funcionario de la audiencia una carta firmada.

Si usted tiene una discapacidad y necesita acomodamiento razonable para participar en una conferencia o audiencia, como interpretación de lenguaje de señas, asistencia para un impedimento visual o algún otro acomodamiento, favor de solicitarlo en este formulario.

Asistencia Legal

Si usted cree que necesita a un abogado para que le ayude con este problema, podría obtener abogado sin costo alguno comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal local u otro grupo de abogacía. Para conseguir información de contacto de la Sociedad de Ayuda Legal u otros grupos de abogacía o los nombres de otros abogados, consulte las páginas amarillas en la sección "Abogados" o busque el equivalente en el Internet.

Acceso a su expediente y copias de documentos

Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si llama, escribe o envía un fax a la HRA, le enviaremos copias gratuitas de los documentos en su expediente, las cuales entregaremos al funcionario de la audiencia durante la misma. Además, si llama, escribe o nos envía un fax, le enviaremos copias gratuitas de otros documentos específicos que usted crea que pueda necesitar para prepararse para la audiencia de apelación. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llame a la HRA al **929-221-0043** o escriba a la HRA a **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Si desea copias de los documentos del expediente de su caso, debe solicitarlas con anticipación. Éstas se le proveerán dentro de un plazo razonable, antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo, sólo si usted solicita específicamente que sean enviados por correo.

Información

Si desea obtener más información sobre su caso, sobre cómo pedir una apelación administrativa, cómo revisar su expediente o sobre cómo obtener copias adicionales de documentos, llame a la HRA al **929-221-0043** o escriba a **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Otros derechos de apelación

Si usted piensa que la decisión del funcionario de la audiencia es errónea, tendrá derecho a apelar dicha decisión ante un gerente de nivel superior de la HRA. La información sobre cómo entablar una apelación adicional se incluirá en la decisión del funcionario de audiencias.



Notice Date: _____

Client Name: _____

Letter Number: _____

We Have Denied Your Modification Request

Your recent request to modify your CityFHEPS rental assistance supplement amount was denied.

We denied your request because:

- Your income did not change
- You did not provide supporting documents
- Other:

SAMPLE

If you have any questions, please call us at **929-221-0043** immediately.

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 ENCLOSED CONFERENCE AND ADMINISTRATIVE APPEAL RIGHTS INFORMATION SECTION OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

(Turn Page)

Right to a Review of Our Determinations

DO YOU THINK WE ARE WRONG? (IF SO, CONTACT HRA IMMEDIATELY)

If you think our decision is wrong, you should talk with your case manager. If we made a mistake, we will correct it. If you are not satisfied with the explanation your case manager gives you, you can request a review conference with HRA and/or an administrative appeal hearing to obtain a review of the decision. Often, the quickest way to have the decision reviewed is by requesting a conference with HRA. **An agency review conference must be requested within 60 days of the issuance of this determination.**

HOW TO REQUEST A REVIEW CONFERENCE

It is very easy to request a review conference. Just call 929-221-0043 and say that you are requesting a review conference about your eligibility for the CityFHEPS program. One will be scheduled as soon as possible.

WHAT TO EXPECT AT A REVIEW CONFERENCE

At a review conference, we will discuss our decision with you. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. If you have documents that show there was an error, you can explain the error to us and we will direct you regarding the fastest way to change or update your information.

If you are not satisfied with the results of the review conference, you are still entitled to an administrative appeal. **Your time to request an appeal will be extended until 60 days after the date of your review conference.**

ADMINISTRATIVE APPEAL PROCESS

Deadline for requesting an appeal: You have 60 days from the date of this notice or the date of your conference to request an Administrative Appeal.

How to Ask for an Administrative Appeal Hearing:

You can ask for an administrative appeal by **mail**, by **fax**, or by **email**. If you cannot reach HRA by fax or email, please write to NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003 to ask for an administrative appeal before the deadline. All requests for administrative appeals must be in writing.

(1) MAIL: Send a copy of **ALL PAGES OF THIS NOTICE**, completed, to:
NYC/DSS Administrative Hearings
109 East 16th Street, 3rd Floor
New York, NY 10003
(Please keep a copy for yourself.)

(2) FAX: Fax a copy of **ALL PAGES OF THIS NOTICE** to: **917-639-0313**.

(3) E-MAIL: Scan and E-mail **ALL PAGES OF THIS NOTICE** to: **RACC@hra.nyc.gov**

(Turn Page)

I want an administrative appeal. I do not agree with the City's decision.
(You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Keeping your Benefits the Same:

We will not change your CityFHEPS amount if you ask for an Administrative Appeal hearing about the decision in this notice within 10 days of the date of this notice. If you ask for a conference only and not an Administrative Appeal hearing, we WILL change your CityFHEPS amount.

If you do not want your rental assistance amount to continue until the decision is issued, you must tell HRA when you request the Administrative Appeal hearing.

Print Name: _____ Case Number: _____
Name _____ M.I. _____ Last Name _____
Address: _____ Telephone: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Signature: _____ Date: _____

What to Expect at an Administrative Appeal Hearing

HRA will send you a notice that tells you when and where the appeal hearing will be held.

At the hearing, you will have a chance to explain why you think the decision is wrong. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

(Turn Page)

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements. At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

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

If you have a disability and need a reasonable accommodation, such as sign language interpretation, assistance for a visual impairment or some other accommodation, to participate in a conference or hearing, please make this request on this form.

Legal Assistance

If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocacy group. For contact information for Legal Aid or other advocacy groups or the names of other lawyers, check your Yellow Pages under "Lawyers" or check the internet equivalent.

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 file. If you call, write or fax HRA, we will send you free copies of the documents from your files which we will give to the hearing officer at the hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of other specific documents which you think you may need to prepare for your appeal hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call HRA at **929-221-0043** or write HRA at **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

Information

If you want more information about your case, how to ask for an administrative appeal, how to see your file, or how to get additional copies of documents, call HRA at **929-221-0043** or write to **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Further Appeal Rights

If you think the hearing officer's decision is wrong, you will have the right to appeal the hearing officer's decision to a higher-level manager within HRA. Information on how to take a further appeal will be included in the hearing officer's decision.



Fecha de aviso: _____

Nombre del cliente: _____

Número de la carta: _____

Hemos Rechazado su Petición de Modificación

Su reciente petición para modificar la cantidad del suplemento de asistencia de alquiler de CityFHEPS fue rechazada.

Hemos rechazado su petición debido a que:

- Su ingreso no cambió.
- Usted no proporcionó documentos de apoyo.
- Otra razón:

SAMPLE

Si tiene cualquier pregunta, favor de llamarnos de inmediato al **929-221-0043**.

¿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 ADJUNTA A ESTE AVISO SOBRE CONFERENCIAS
Y DERECHOS DE APELACIÓN ADMINISTRATIVA PARA SABER CÓMO APELAR ESTA
DECISIÓN.**

(Voltee la página)

Derecho a revisar nuestras determinaciones
¿CREE QUE ESTAMOS EQUIVOCADOS?
(EN TAL CASO, COMUNÍQUESE DE INMEDIATO CON LA HRA)

Si piensa que nuestra decisión es errónea, debe hablar con el administrador de su caso. Si cometimos algún error, lo corregiremos. Si usted no está satisfecho(a) con la explicación de su administrador de caso, puede solicitar una conferencia de revisión con la HRA y/o una audiencia de apelación administrativa para obtener a una revisión de la decisión. A menudo, la manera más rápida de que se revise una decisión es mediante la conferencia con la HRA. **La conferencia revisión de la agencia se debe solicitar dentro de 60 días a partir de la emisión de esta determinación.**

CÓMO SOLICITAR UNA CONFERENCIA DE REVISIÓN

Es muy fácil solicitar una conferencia de revisión. Solo tiene que llamar al 929-221-0043 e informar que está solicitando una conferencia de revisión de su elegibilidad para el programa de CityFHEPS. Se programará una conferencia lo antes posible.

QUÉ SE HA DE ESPERAR EN UNA CONFERENCIA DE REVISIÓN

En la conferencia de revisión, analizaremos nuestra decisión con usted. A veces ésta es la manera más rápida de solucionar cualquier problema que pueda tener. Si tiene documentos que demuestren que hubo algún error, puede explicarnos el error y le indicaremos cuál es la forma más rápida de cambiar o actualizar su información.

Si no está satisfecho(a) con los resultados de la conferencia de revisión, aún tiene derecho a una apelación administrativa. El período para **solicitar una apelación se extenderá hasta 60 días después de la fecha de la conferencia de revisión.**

TRÁMITE DE APELACIÓN ADMINISTRATIVA

Fecha límite para solicitar una apelación: Tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso o de la fecha de la conferencia para solicitar la apelación administrativa.

Cómo solicitar una audiencia de apelación administrativa:

Puede solicitar una apelación administrativa por **correo postal**, por **fax** o por **correo electrónico**. Si no puede comunicarse con la HRA por fax o por correo electrónico, favor de escribir a NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003, para solicitar una apelación administrativa antes de la fecha límite. Todas las solicitudes de apelaciones administrativas se deben presentar por escrito.

(1) CORREO POSTAL: Enviar una copia de **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO**, rellenadas, a:
NYC/DSS Administrative Hearings
109 East 16th Street, 3rd Floor
New York, NY 10003
(Favor de guardar una copia para usted.)

(2) FAX: Enviar una copia de **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO** al:
917-639-0313.

(3) CORREO ELECTRÓNICO: Escanear y enviar por correo electrónico **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO** a: **RACC@hra.nyc.gov**

(Voltee la página)

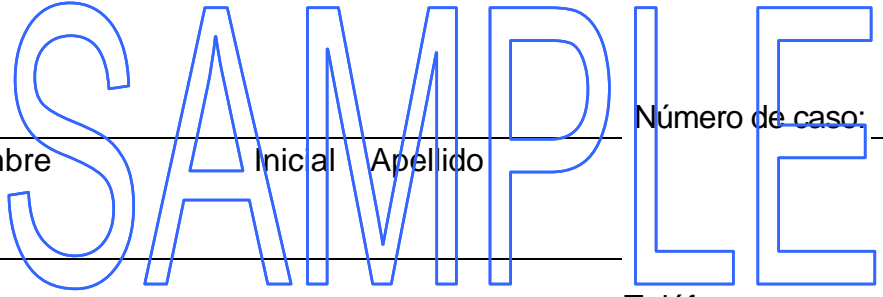
Deseo una apelación administrativa. No estoy de acuerdo con la decisión de la ciudad.

(A continuación puede explicar por qué no está de acuerdo, pero no es obligatorio incluir una explicación por escrito).

Para mantener sus beneficios sin cambios:

Nosotros no cambiaremos el CityFHEPS, si usted solicita una Audiencia de Apelación Administrativa sobre la decisión mencionada en este aviso, dentro de 10 días de la fecha que aparece en este aviso. Si usted solo solicita una conferencia pero no solicita la Audiencia de Apelación Administrativa, nosotros CAMBIAREMOS el CityFHEPS.

Si no desea que la cantidad de asistencia de alquiler continúe hasta que se tome una decisión, usted tiene que comunicárselo a la HRA cuando solicite la Audiencia de Apelación Administrativa.

Nombre en letra de molde:  Número de caso: _____

Nombre Inicial Apellido

Dirección: _____

Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Signature: _____ Fecha: _____

Qué debe esperar en una Audiencia de Apelación Administrativa

La HRA le enviará un aviso que le indicará cuándo y dónde tendrá lugar la audiencia de apelación.

En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué piensa que la decisión es errónea. Puede traer a un abogado, a un familiar, a un amigo o a otra persona para que le ayude con su explicación. Si no puede acudir en persona, puede enviar a alguien para que le represente. Si en vez de ir usted envía a alguien que no sea abogado a la audiencia, debe darle a esa persona una carta que le indique al funcionario de audiencias que usted desea que esta persona le represente en la audiencia.

Voltee la página)

Para ayudarle durante la audiencia a explicar por qué cree que estamos equivocados, debería traer a cualquier testigo que pueda ayudarle. También debe presentar cualquier documento que tenga, como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, facturas, declaraciones médicas. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante pueden hacer preguntas a los testigos que traigamos nosotros o que usted traiga para ayudar en su caso.

Si tiene una discapacidad y no puede viajar, puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado o empleado de abogado, su representante debe traerle al funcionario de la audiencia una carta firmada.

Si usted tiene una discapacidad y necesita acomodamiento razonable para participar en una conferencia o audiencia, como interpretación de lenguaje de señas, asistencia para un impedimento visual o algún otro acomodamiento, favor de solicitarlo en este formulario.

Asistencia Legal

Si usted cree que necesita a un abogado para que le ayude con este problema, podría obtener abogado sin costo alguno comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal local u otro grupo de abogacía. Para conseguir información de contacto de la Sociedad de Ayuda Legal u otros grupos de abogacía o los nombres de otros abogados, consulte las páginas amarillas en la sección "Abogados" o busque el equivalente en el Internet.

Acceso a su expediente y copias de documentos

Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si llama, escribe o envía un fax a la HRA, le enviaremos copias gratuitas de los documentos en su expediente, las cuales entregaremos al funcionario de la audiencia durante la misma. Además, si llama, escribe o nos envía un fax, le enviaremos copias gratuitas de otros documentos específicos que usted crea que pueda necesitar para prepararse para la audiencia de apelación. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llame a la HRA al **929-221-0043** o escriba a la HRA a **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Si desea copias de los documentos del expediente de su caso, debe solicitarlas con anticipación. Éstas se le proveerán dentro de un plazo razonable, antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo, sólo si usted solicita específicamente que sean enviados por correo.

Información

Si desea obtener más información sobre su caso, sobre cómo pedir una apelación administrativa, cómo revisar su expediente o sobre cómo obtener copias adicionales de documentos, llame a la HRA al **929-221-0043** o escriba a **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Otros derechos de apelación

Si usted piensa que la decisión del funcionario de la audiencia es errónea, tendrá derecho a apelar dicha decisión ante un gerente de nivel superior de la HRA. La información sobre cómo entablar una apelación adicional se incluirá en la decisión del funcionario de audiencias.

CityFHEPS Packet Transmittal from DHS

Date: _____ CA Case #: _____

To: RAP

From: _____ Telephone #: _____
 (OCR Staff Name)

For: CityFHEPS Applicant

 (Applicant Name) (Social Security Number)

REQUESTING THE FOLLOWING:

- CityFHEPS Rental Assistance Supplement? Monthly Rent: \$ _____
 3 months 11 months
- Requesting Furniture? Yes No \$500 Veteran Bonus? Yes No
- Security Voucher? Yes No Unit Hold? Yes No
- Landlord Bonus? Yes No Broker's Fee? Yes No

DOCUMENTS ATTACHED:

- DSS-7 or DSS-7b** ("Shopping Letter")
- DSS-7a or DSS-7c** ("Household Share Letter")
- Proof of last 30 days of Income (for everyone in the household 18+)
- W-137A** Request for Emergency Assistance
- DSS-7p** Program Participant Agreement
- Lease or Rental Agreement for 12 months
- Shelter Residency Letter
- DSS-8b** Tenant Contact Information
- Landlord W9
- Proof of Apartment/Room Preclearance
- DSS-10a** Apartment Review Checklist
- Deed/Proof of Ownership
- DSS-8f or DSS-8g** ("Landlord Statement of Understanding")
- Signed by managing agent or other authorized representative? If checked,
 - Proof of HPD Registration or Authorization
- W-147N** Security Voucher
- HRA-121** Broker's Request for Enhanced Fee Payment by Check
- Broker License (if broker fee)
- DSS-8d** Room Allocation Form (Room Rental only)
- HRA-145** Unit Hold Incentive Voucher (Apartments/SROs Only)

(Turn page)

CityFHEPS Packet Transmittal from APS

To: RAP _____ Date: _____
 APS Staff Name: _____ Telephone: _____
 CityFHEPS Applicant Name: _____
 Social Security Number: _____ CA Case : _____

REQUESTING THE FOLLOWING:

- Request Type: To Move To Stay Requesting Furniture? Yes No
 Housing Type: Apartment SRO Room Security Voucher? Yes No
CityFHEPS Rental Assistance Supplement?
 3 months **OR** 11 months Landlord Bonus? Yes No
 Monthly Rent: \$ _____ Unit Hold? Yes No
 Arrears Amount: \$ _____ Broker's Fee? Yes No

DOCUMENTS ATTACHED:

Client's Documents

- DSS-8b** Tenant Contact Information **APS W-101** (Notice of Eligibility Determination Form)
 Other Documents (ID, Birth Certificate, Social Security Card) Proof of last 30 days of Income (for everyone in the household 18+)
 DSS-7p Program Participant Agreement **HRA-146p** Domestic Violence Action Form

CityFHEPS Forms

- DSS-8e** (CityFHEPS Verification of Eligibility) **W-137A** Request for Emergency Assistance
 DSS-7o or DSS-7q ("Application for CityFHEPS") **W-147H** Shelter Arrears Repayment Agreement
 DSS-7 or DSS-7b ("Shopping Letter") Arrears Document (Landlord Breakdown)
 Proof of Apartment/Room Preclearance Court Documents (Stipulation, Eviction, Filing, Marshal's Notice)
 DSS-10a Apartment Review Checklist

Move Package (Landlord & Broker Forms)

- Lease or Rental Agreement for 12 months **DSS-8d** Room Allocation Form (Room Rental only)
 Landlord W9 **W-147N** Security Voucher
 Deed/Landlord Proof of Ownership **HRA-145** Unit Hold
 DSS-8f or DSS-8g ("Landlord Statement of Understanding") **HRA-121** Broker's Request for Enhanced Fee Payment by Check
 Signed by managing agent or other authorized representative? If checked,
 Proof of HPD Registration or Authorization Broker License (if broker fee)

(Turn page)

Date: _____

Client Number: _____

Case Name: _____

The Name of Your Rental Assistance Supplement is Changing

You currently get a rental assistance supplement from the Special Exit and Prevention Supplement (SEPS) or Living In Communities (LINC) program.

The enclosed renewal application is for our new rental assistance supplement called CityFHEPS.

If your renewal application is approved, we will enroll you in CityFHEPS.

Important things to know about the new CityFHEPS rental assistance supplement:

- Your CityFHEPS may increase if your rent goes up. Visit www.nyc.gov/dsshousing for more information.
- The income you can have at renewal and still qualify for CityFHEPS has increased from 200% to 250% of the Federal Poverty Level (FPL).
- If your income changes, you can request a change in your CityFHEPS amount at any time!
- If you are eligible for Cash Assistance (CA), but not receiving benefits, your rental assistance supplement may go down at this renewal and you may be ineligible for CityFHEPS in the future. To apply for CA, please visit your local Job Center. If you're uncertain about your CA status, visit www.nyc.gov/accesshra.

If you have any questions about CityFHEPS, please call **929-221-7246**.

CityFHEPS is similar to the federal Section 8 program in that, subject to the availability of funding, it provides assistance, including rental assistance of specified amounts, to landlords and tenants who want to form a landlord-tenant relationship. Any contractual relationship will be solely between each tenant participating in the program and each tenant's landlord participating in the program.

(Turn page)

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

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

El Nombre del Suplemento de Asistencia de Alquiler Va a Cambiar

En la actualidad usted recibe un suplemento de asistencia de alquiler por parte del Suplemento para Salida Especial y Prevención (SEPS, por sus siglas en inglés) o del programa Vivienda en las Comunidades (LINC, por sus siglas en inglés).

La solicitud de renovación adjunta es para el nuevo programa de asistencia de alquiler llamado CityFHEPS.

Si se aprueba su solicitud de renovación, nosotros le inscribiremos en el programa de CityFHEPS.

Puntos importantes a saber sobre el suplemento de asistencia de alquiler de CityFHEPS:

- Su suplemento de alquiler de CityFHEPS puede incrementar si su alquiler aumenta. Entre a www.nyc.gov/dsshousing para obtener más información.
- El ingreso que usted puede tener a la hora de la renovación y aun calificar para CityFHEPS ha aumentado del 200% al 250% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).
- ¡Si su ingreso cambia, usted puede solicitar un cambio de la cantidad de CityFHEPS en cualquier momento!
- Si es elegible para la Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés) pero no para recibir beneficios, su suplemento para asistencia de alquiler podría ser reducido en esta renovación y podría ser inelegible para recibir CityFHEPS en el futuro. Para solicitar los beneficios de CA, favor de dirigirse a su centro de trabajo local. Si no está seguro de cuál es su estado de CA, entre a www.nyc.gov/accesshra.

Si tiene cualquier pregunta sobre CityFHEPS, favor de llamar al **929-221-7246**.

CityFHEPS es similar al programa Federal de la Sección 8 en el sentido de que, sujeto a la disponibilidad de fondos, provee asistencia, incluida asistencia de alquiler en determinadas cantidades, a los arrendadores e inquilinos que deseen establecer una relación mutua. Toda relación contractual se establecerá exclusivamente entre cada inquilino participante en el programa y el arrendador del inquilino que también participe en el programa.

(Voltee la página)

¿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.

SAMPLE

Notice Date: _____

Client Name: _____

Case Number: _____

Rental Assistance Supplement
Expiration Date: _____

CityFHEPS RENEWAL REQUEST

DUE DATE:

INSTRUCTIONS:

To continue getting a rental assistance supplement you must:

- Fill out and sign this renewal form.
- Please answer all the questions.
- **Please read carefully and make sure that all of the information is correct.**
- If you mark “no” in any of the boxes below, please add your corrections on this form.
- Either mail **this form and supporting documents** in the enclosed envelope or scan and email all documents by the due date above to:



Email: DV_housing@hra.nyc.gov



Mail: CityFHEPS
NYC Human Resources Administration
150 Greenwich Street, 43rd Floor
New York, New York 10007

- See **page 5** regarding supporting documentation.

(Turn Page)

1. Residence and Contact Information: This is the information we have on file for you.

Address:
Phone Number:
Emergency Contact Number:

Is the above information correct? Yes No If "No," please give us your new information below.

New Address:
New Phone Number:
New Emergency Contact Number:

2. Household Information:

The following is the most recent information we have about your household:

Name	Date of Birth	Current Cash Assistance Status
SAMPLE		

Is the above information correct? Yes No

If "No," please complete the chart below and send us proof of the information. See **page 5** for more information.

Household Member	Date of Birth	Social Security Number	Add	Remove
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Turn Page)

3. Employment: The following is the most recent information we have about the people who live in your household and are working:

Name	Hours	Monthly Income

Is the above information correct? Yes No

If "No," please complete the chart below and send us proof of the information. See **page 5** for more information.

Status*	Household Member	Employer	Hours	New Monthly Amount

*For **Status**, tell us if we need to **add, change, or remove** the person's employment.

If you are not working, please tell us why in the box below:

SAMPLE

4. Other Income:

We have the following information about your household's unearned income:

Name	Type of Income	Monthly Amount

Is the above information correct? Yes No

If "No," please complete the chart below and send us proof of the information. See **page 5** for more information.

Add	Change	Remove	Household Member	Type of Income	New Monthly Amount
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(Turn Page)

5. Rent Information:

We have the following information about your monthly rent: \$ _____

Will this be your rent after _____? Yes No I do not know

If "No," what will your monthly rent be? \$ _____

(Please give us an updated lease or rental agreement with the new information.)

See page 5 for more information.

6. Rent Arrears: Are you behind in your rent payments? Yes No

If "Yes," please send us additional information. See page 5 for more information.

Signature

I certify that the information I am giving to the NYC Human Resources Administration, including any supporting documentation, is accurate and complete to the best of my knowledge and belief.

Head of Household Signature: _____ **Date:** _____

SAMPLE

(Turn Page)

INSTRUCTIONS on what types of Documents to Submit

A. Documentation/Follow Up: Do not send originals! Send copies only.

#1: Residence and Contact Information: No documentation required.

#2: Household Information: If your household information is correct, you do not need to submit any additional paperwork.

If you need to add members, please submit any of the following documents. (Note that you must report income from additional members, and additional household members may or may not result in a change in your subsidy.)

- Photo I.D., Driver's license, U.S. passport, Naturalization certificate, Hospital/Doctor's records, Adoption papers, Birth/baptismal certificate

#3: Employment: If you are on Cash Assistance and the information we have on page 2 is correct, you do not need to submit any additional documentation.

If you are not on Cash Assistance and you are employed, you **must** submit any of the following:

- 2 most recent pay stubs
- An employment letter indicating hours and wages
- A termination letter

#4: Other Income: Submit any of the following **only** if the income we have on page 3 is wrong:

- Copy of current award certificate/letter,
- Copy of current benefit check,
- Official correspondence from New York State Department of Labor, SSA, Veterans Administration, or agency administering grant/award, or
- Copy of termination letter

#5: Rent Information: If the information we have on page 4 is not correct or if your monthly rent will change, please send us a copy of your lease or other rental agreement from your landlord.

#6: Rent Arrears: We will follow up if you told us on this form that you have rent arrears. Please note that if you do not tell us immediately about your rental arrears we may not renew your City Fighting Homelessness and Eviction Prevention Supplement (CityFHEPS) rental assistance supplement.

See **page1** for email and mailing addresses.

For assistance, call 929-221-7246.

Fecha de aviso: _____

Nombre del cliente: _____

Número del caso: _____

Fecha de vencimiento
del suplemento de
asistencia de alquiler: _____

PETICIÓN DE RENOVACIÓN DE CityFHEPS

FECHA LÍMITE:

INSTRUCCIONES:

Para seguir recibiendo el suplemento de asistencia de alquiler usted tiene que:

- Rellenar y firmar este formulario de renovación.
- Contestar todas las preguntas.
- **Leer cuidadosamente y asegurarse de que toda la información esté correcta.**
- Añadir sus correcciones en este formulario si marca “no” en cualquiera de la casillas.
- Enviar **este formulario y los documentos de apoyo** por correo postal o los puede escanear y enviar por correo electrónico, de aquí a la fecha límite mencionada arriba.



Email: DV_housing@hra.nyc.gov



Mail: CityFHEPS
NYC Human Resources Administration
150 Greenwich Street, 43rd Floor
New York, New York 10007

- Vea la **página 5** para informarse sobre la documentación de apoyo.

(Voltee la página)

1. Información sobre su residencia y contacto: Esta es la información que tenemos en nuestros archivos sobre usted.

Dirección:
Número telefónico:
Número para emergencias:

¿Es correcta la información anterior? Sí No Si no, actualice su información a continuación.

Dirección nueva:
Número telefónico nuevo:
Número para emergencias nuevo:

2. Información sobre el hogar:

La siguiente información es lo más reciente que tenemos sobre su hogar.

Nombre	Fecha de nacimiento	Estado actual de Asistencia en Efectivo
SAMPLE		

¿Es correcta la información anterior? Sí No

Si marca "No", rellene el siguiente cuadro y envíenos prueba de la información. Vea la **página 5** para obtener más información.

Miembro del hogar	Fecha de nacimiento	Número de Seguridad Social	Añadir	Retirar
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Voltee la página)

3. Empleo: La siguiente información es lo más reciente que tenemos sobre las personas que trabajan y viven en su hogar.

Nombre	Horas	Ingreso mensual

¿Es correcta la información anterior? Sí No

Si marca "No", rellene el siguiente cuadro y envíenos prueba de la información. Vea la **página 5** para obtener más información.

Estado*	Miembro del hogar	Empleador	Horas	Cantidad mensual nueva

*Para la casilla de **estado**, explique si tenemos que **añadir**, **cambiar** o **retirar** el empleo de la persona.

Si no está trabajando, favor de explicar la razón en el siguiente cuadro:

SAMPLE

4. Otros ingresos:

Tenemos la siguiente información sobre los ingresos no devengados de su hogar.

Nombre	Tipo de ingreso	Cantidad mensual

¿Es correcta la información anterior? Sí No

Si marca "No", rellene el siguiente cuadro y envíenos prueba de la información. Vea la **página 5** para obtener más información.

Añadir	Cambiar	Retirar	Miembro del hogar	Tipo de ingreso	Cantidad mensual nueva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(Voltee la página)

5. Información sobre el alquiler:

Nosotros tenemos la siguiente información sobre su alquiler mensual: \$ _____
¿Será este su alquiler después de _____? Sí No No lo sé

Si la respuesta es "No", ¿cuánto será el alquiler mensual? \$ _____
(Favor de proporcionarnos un contrato de alquiler actualizado o un acuerdo de alquiler).

Vea la página 5 para obtener más información.

6. Atraso de alquiler: ¿Está usted atrasado(a) en el pago del alquiler? Sí No

Si la respuesta es "Sí", favor de enviarnos información adicional. Consulte la página 5 para obtener más información.

Firma

Certifico que la información que le estoy proporcionando a la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York, incluido cualquier documento de apoyo, es precisa y completa según mi real saber y entender.

Firma del jefe/jefa del hogar: _____ Fecha: _____

SAMPLE

(Voltee la página)

INSTRUCCIONES sobre los tipos de documentos que debe presentar

A. Documentación/Seguimiento: No envíe los originales, solo envíe copias.

#1: Dirección e información de contacto: No se requiere documentación.

#2: Información sobre el hogar: Si la información sobre su hogar es correcta, no necesita proporcionar documentación adicional.

Si necesita añadir miembros, favor de proporcionar cualquiera de los siguientes documentos. (Note que cualquier ingreso por parte de miembros adicionales tiene que ser notificado y el añadir miembros adicionales puede o no resultar en algún cambio en el subsidio).

- Identificación con foto, licencia de conducir, pasaporte de EE.UU., certificado de naturalización, registro de hospital/doctor, documentos de adopción, partida de nacimiento/bautismo

#3: Empleo: Si usted recibe Asistencia en Efectivo y la información que tenemos en la página 2 es correcta, no tiene que proporcionar documentación adicional.

Si no recibe Asistencia en Efectivo y tiene empleo, usted **tiene** que presentar cualquiera de los siguientes documentos:

- Los 2 talones de pago más recientes
- Carta de empleo que indique las horas y el sueldo
- Carta de despido

#4: Otros ingresos: Presente cualquiera de los siguientes **sólo** si el ingreso que tenemos en la página 3 es incorrecto:

- Copia del certificado/la carta de asignación actual,
- Copia del cheque actual de beneficios,
- Correspondencia oficial del Departamento de Labor del Estado de Nueva York, de la Administración de Seguridad Social (SSA, por sus siglas en inglés), de la Administración de Veteranos, o de la agencia que administra el subsidio/la asignación, o
- Copia de la carta de despido

#5: Información sobre el alquiler: Si la información que tenemos en la página 3 no es correcta, favor de enviarnos una copia del contrato de alquiler u otro acuerdo de alquiler con el arrendador.

#6: Atraso de alquiler: Nosotros le daremos seguimiento si nos informó mediante este formulario que tiene atraso de alquiler. Favor de tener en cuenta que si usted no nos informa inmediatamente sobre el atraso de alquiler, puede que nosotros no le renovemos el suplemento de asistencia de alquiler para la Lucha de la Ciudad contra la Falta de Vivienda y por la Prevención del Desalojo (CityFHEPS).

Vea la **página 1** para obtener el correo electrónico y la dirección postal.

Para asistencia llame al 929-221-7246.

Notice Date: _____

Client Name: _____

Letter Number: _____

We Have Approved Your Renewal for a Rental Assistance Supplement!

We received your renewal request and transferred you to CityFHEPS.

Your rental assistance supplement will continue for another year starting _____.

- We **will not change** the amount of your City rental assistance.
- We **will change** the amount of your City rental assistance.

We will pay a total of \$ _____ towards your rent each month.

You must pay the rest of your rent directly to your landlord each month.

We will pay a CityFHEPS rental assistance supplement amount of \$ _____ towards your rent each month. This amount will not change until your next renewal unless you notify us that your rent has gone up or your income has gone down and you are approved for a CityFHEPS modification.

The part of your rent paid by Cash Assistance is \$ _____ as long as your Cash Assistance budget does not change and you do everything that we ask you to do for Cash Assistance. If your Cash Assistance shelter allowance changes, the amount of rent you have to pay will also change.

We based your CityFHEPS rental assistance supplement amount on the following information you gave us or that we had in our files for your household:

1. Your monthly rent is \$ _____.
2. There are _____ people in your home.
3. Your household gross monthly income is \$ _____.

(Turn Page)

If you believe you will not be able to pay your household share, you should go to your local Homebase office. In some instances you may be eligible to transfer to a less expensive apartment.

If you have any questions, please call us at **929-221-7246** immediately.

CityFHEPS is similar to the federal Section 8 program in that, subject to the availability of funding, it provides assistance, including rental assistance of specified amounts, to landlords and tenants who want to form a landlord–tenant relationship. Any contractual relationship will be solely between each tenant participating in the program and each tenant’s landlord participating in the program.

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 ENCLOSED CONFERENCE AND ADMINISTRATIVE APPEAL
RIGHTS INFORMATION SECTION OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

(Turn Page)

Right to a Review of Our Determinations

DO YOU THINK WE ARE WRONG? (IF SO, CONTACT HRA IMMEDIATELY)

If you think our decision is wrong, you should talk with your case manager. If we made a mistake, we will correct it. If you are not satisfied with the explanation your case manager gives you, you can request a review conference with HRA and/or an administrative appeal hearing to obtain a review of the decision. Often, the quickest way to have the decision reviewed is by requesting a conference with HRA. **An agency review conference must be requested within 60 days of the issuance of this determination.**

HOW TO REQUEST A REVIEW CONFERENCE

It is very easy to request a review conference. Just call 929-221-7246 and say that you are requesting a review conference about your eligibility for the CityFHEPS program. One will be scheduled as soon as possible.

WHAT TO EXPECT AT A REVIEW CONFERENCE

At a review conference, we will discuss our decision with you. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. If you have documents that show there was an error, you can explain the error to us and we will direct you regarding the fastest way to change or update your information.

If you are not satisfied with the results of the review conference, you are still entitled to an administrative appeal. **Your time to request an appeal will be extended until 60 days after the date of your review conference.**

ADMINISTRATIVE APPEAL PROCESS

Deadline for requesting an appeal: You have 60 days from the date of this notice or the date of your conference to request an Administrative Appeal.

How to Ask for an Administrative Appeal Hearing:

You can ask for an administrative appeal by **mail**, by **fax**, or by **email**. If you cannot reach HRA by fax or email, please write to NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003 to ask for an administrative appeal before the deadline. All requests for administrative appeals must be in writing.

- (1) MAIL:** Send a copy of **ALL PAGES OF THIS NOTICE**, completed, to:
NYC/DSS Administrative Hearings
109 East 16th Street, 3rd Floor
New York, NY 10003
(Please keep a copy for yourself.)
- (2) FAX:** Fax a copy of **ALL PAGES OF THIS NOTICE** to: **917-639-0313**.
- (3) E-MAIL:** Scan and E-mail **ALL PAGES OF THIS NOTICE** to: **RACC@hra.nyc.gov**

(Turn Page)

I want an administrative appeal. I do not agree with the City’s decision.
(You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Keeping your Benefits the Same:

We will not change your CityFHEPS amount if you ask for an Administrative Appeal hearing about the decision in this notice within 10 days of the date of this notice. If you ask for a conference only and not an Administrative Appeal hearing, we WILL change your CityFHEPS amount.

If you do not want your rental assistance amount to continue until the decision is issued, you must tell HRA when you request the Administrative Appeal hearing.

Print Name: _____ Case Number: _____
Name _____ M.I. _____ Last Name _____
Address: _____ Telephone: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Signature: _____ Date: _____

What to Expect at an Administrative Appeal Hearing

HRA will send you a notice that tells you when and where the appeal hearing will be held.

At the hearing, you will have a chance to explain why you think the decision is wrong. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements. At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

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

If you have a disability and need a reasonable accommodation, such as sign language interpretation, assistance for a visual impairment or some other accommodation, to participate in a conference or hearing, please make this request on this form.

Legal Assistance

If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocacy group. For contact information for Legal Aid or other advocacy groups or the names of other lawyers, check your Yellow Pages under "Lawyers" or check the internet equivalent.

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 file. If you call, write or fax HRA, we will send you free copies of the documents from your files which we will give to the hearing officer at the hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of other specific documents which you think you may need to prepare for your appeal hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call HRA at **929-221-7246** or write HRA at **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

Information

If you want more information about your case, how to ask for an administrative appeal, how to see your file, or how to get additional copies of documents, call HRA at **929-221-7246** or write to **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Further Appeal Rights

If you think the hearing officer's decision is wrong, you will have the right to appeal the hearing officer's decision to a higher-level manager within HRA. Information on how to take a further appeal will be included in the hearing officer's decision.



Department of Social Services

EIS-1b (S) 09/12/2018 (page 1 of 5) LLF

Fecha de aviso: _____

Nombre del cliente: _____

Número de carta: _____

Hemos Aprobado la Renovación del Suplemento de Asistencia de Alquiler

Nosotros recibimos su solicitud de renovación y le hemos transferido a CityFHEPS. Su suplemento de asistencia de alquiler continuará por un año más, a partir del _____.

- No cambiaremos** la cantidad de su asistencia de alquiler de la ciudad.
- Cambiaremos** la cantidad de su asistencia de alquiler de la ciudad.

Nosotros pagaremos un total de \$ _____ para cubrir parte de su alquiler cada mes.

***Usted tiene que pagar lo restante directamente al arrendador cada mes*.**

Nosotros pagaremos el suplemento de asistencia de alquiler de CityFHEPS por la cantidad de \$ _____ para cubrir el alquiler mensual. Esta cantidad no cambiará hasta la próxima renovación, a menos que usted nos notifique que su alquiler ha aumentado o que sus ingresos han bajado y que se le ha aprobado una modificación de CityFHEPS.

La porción de alquiler pagada por la Asistencia en Efectivo es de \$ _____, siempre y cuando no cambie su presupuesto de la Asistencia en Efectivo y usted haga todo lo que le pidamos en cuanto a la Asistencia en Efectivo.

Nosotros basamos la cantidad de la asistencia de alquiler de CityFHEPS en la información que usted nos proporcionó o que teníamos en nuestros archivos sobre su hogar:

1. Su alquiler mensual es de \$ _____.
2. Hay _____ personas en su hogar.
3. El ingreso bruto mensual del hogar es de \$ _____.

(Voltee la página)

Si usted piensa que su hogar no podrá pagar la porción de alquiler que le toca, debe ir a la oficina local de Homebase. Es posible que en algunas ocasiones usted sea elegible para transferirse a un apartamento menos costoso.

Si tiene preguntas, llámenos de inmediato al **929-221-7246**.

CityFHEPS es similar al programa Federal de la Sección 8 en el sentido de que, sujeto a la disponibilidad de fondos, provee asistencia, incluida asistencia de alquiler en determinadas cantidades, a los arrendadores e inquilinos que deseen establecer una relación mutua. Toda relación contractual se establecerá exclusivamente entre cada inquilino participante en el programa y el arrendador del inquilino que también participe en el programa.

¿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.

SAMPLE

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN ADJUNTA A ESTE AVISO SOBRE CONFERENCIAS
Y DERECHOS DE APELACIÓN ADMINISTRATIVA PARA SABER CÓMO APELAR ESTA
DECISIÓN.**

(Voltee la página)

Derecho a revisar nuestras determinaciones
¿CREE QUE ESTAMOS EQUIVOCADOS?
(EN TAL CASO, COMUNÍQUESE DE INMEDIATO CON LA HRA)

Si piensa que nuestra decisión es errónea, debe hablar con el administrador de su caso. Si cometimos algún error, lo corregiremos. Si usted no está satisfecho(a) con la explicación de su administrador de caso, puede solicitar una conferencia de revisión con la HRA y/o una audiencia de apelación administrativa para obtener a una revisión de la decisión. A menudo, la manera más rápida de que se revise una decisión es mediante la conferencia con la HRA. **La conferencia revisión de la agencia se debe solicitar dentro de 60 días a partir de la emisión de esta determinación.**

CÓMO SOLICITAR UNA CONFERENCIA DE REVISIÓN

Es muy fácil solicitar una conferencia de revisión. Solo tiene que llamar al 929-221-7246 e informar que está solicitando una conferencia de revisión de su elegibilidad para el programa de CityFHEPS. Se programará una conferencia lo antes posible.

QUÉ SE HA DE ESPERAR EN UNA CONFERENCIA DE REVISIÓN

En la conferencia de revisión, analizaremos nuestra decisión con usted. A veces ésta es la manera más rápida de solucionar cualquier problema que pueda tener. Si tiene documentos que demuestren que hubo algún error, puede explicarnos el error y le indicaremos cuál es la forma más rápida de cambiar o actualizar su información.

Si no está satisfecho(a) con los resultados de la conferencia de revisión, aún tiene derecho a una apelación administrativa. El período para **solicitar una apelación se extenderá hasta 60 días después de la fecha de la conferencia de revisión.**

TRÁMITE DE APELACIÓN ADMINISTRATIVA

Fecha límite para solicitar una apelación: Tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso o de la fecha de la conferencia para solicitar la apelación administrativa.

Cómo solicitar una audiencia de apelación administrativa:

Puede solicitar una apelación administrativa por **correo postal**, por **fax** o por **correo electrónico**. Si no puede comunicarse con la HRA por fax o por correo electrónico, favor de escribir a NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003, para solicitar una apelación administrativa antes de la fecha límite. Todas las solicitudes de apelaciones administrativas se deben presentar por escrito.

(1) CORREO POSTAL: Enviar una copia de **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO, rellenas**, a:
NYC/DSS Administrative Hearings
109 East 16th Street, 3rd Floor
New York, NY 10003
(Favor de guardar una copia para usted.)

(2) FAX: Enviar una copia de **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO** al:
917-639-0313.

(3) CORREO ELECTRÓNICO: Escanear y enviar por correo electrónico **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO** a: **RACC@hra.nyc.gov**

(Voltee la página)

Deseo una apelación administrativa. No estoy de acuerdo con la decisión de la ciudad.

(A continuación puede explicar por qué no está de acuerdo, pero no es obligatorio incluir una explicación por escrito).

Para mantener sus beneficios sin cambios:

Nosotros no cambiaremos el CityFHEPS, si usted solicita una Audiencia de Apelación Administrativa sobre la decisión mencionada en este aviso, dentro de 10 días de la fecha que aparece en este aviso. Si usted solo solicita una conferencia pero no solicita la Audiencia de Apelación Administrativa, nosotros CAMBIAREMOS el CityFHEPS.

Si no desea que la cantidad de asistencia de alquiler continúe hasta que se tome una decisión, usted tiene que comunicárselo a la HRA cuando solicite la Audiencia de Apelación Administrativa.

Nombre en letra de molde: **SAMPLE** Número del caso: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Qué debe esperar en una Audiencia de Apelación Administrativa

La HRA le enviará un aviso que le indicará cuándo y dónde tendrá lugar la audiencia de apelación.

En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué piensa que la decisión es errónea. Puede traer a un abogado, a un familiar, a un amigo o a otra persona para que le ayude con su explicación. Si no puede acudir en persona, puede enviar a alguien para que le represente. Si en vez de ir usted envía a alguien que no sea abogado a la audiencia, debe darle a esa persona una carta que le indique al funcionario de audiencias que usted desea que esta persona le represente en la audiencia.

(Voltee la página)

Para ayudarle durante la audiencia a explicar por qué cree que estamos equivocados, debería traer a cualquier testigo que pueda ayudarle. También debe presentar cualquier documento que tenga, como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, facturas, declaraciones médicas. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante pueden hacer preguntas a los testigos que traigamos nosotros o que usted traiga para ayudar en su caso.

Si tiene una discapacidad y no puede viajar, puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado o empleado de abogado, su representante debe traerle al funcionario de la audiencia una carta firmada.

Si usted tiene una discapacidad y necesita acomodamiento razonable para participar en una conferencia o audiencia, como interpretación de lenguaje de señas, asistencia para un impedimento visual o algún otro acomodamiento, favor de solicitarlo en este formulario.

Asistencia Legal

Si usted cree que necesita a un abogado para que le ayude con este problema, podría obtener abogado sin costo alguno comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal local u otro grupo de abogacía. Para conseguir información de contacto de la Sociedad de Ayuda Legal u otros grupos de abogacía o los nombres de otros abogados, consulte las páginas amarillas en la sección "Abogados" o busque el equivalente en el Internet.

Acceso a su expediente y copias de documentos

Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si llama, escribe o envía un fax a la HRA, le enviaremos copias gratuitas de los documentos en su expediente, las cuales entregaremos al funcionario de la audiencia durante la misma. Además, si llama, escribe o nos envía un fax, le enviaremos copias gratuitas de otros documentos específicos que usted crea que pueda necesitar para prepararse para la audiencia de apelación. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llame a la HRA al **929-221-7246** o escriba a **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Si desea copias de los documentos del expediente de su caso, debe solicitarlas con anticipación. Éstas se le proveerán dentro de un plazo razonable, antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo, sólo si usted solicita específicamente que sean enviados por correo.

Información

Si desea obtener más información sobre su caso, sobre cómo pedir una apelación administrativa, cómo revisar su expediente o sobre cómo obtener copias adicionales de documentos, llame a la HRA al **929-221-7246** o escriba a **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Otros derechos de apelación

Si usted piensa que la decisión del funcionario de la audiencia es errónea, tendrá derecho a apelar dicha decisión ante un gerente de nivel superior de la HRA. La información sobre cómo entablar una apelación adicional se incluirá en la decisión del funcionario de audiencias.



Department of Social Services

EIS-1c (E) 09/12/2018 (page 1 of 2) LLF

Notice Date: _____

Program Participant Name: _____

WARNING: Your Rental Assistance Supplement May End!

Your SEPS or LINC Will End on: _____

Your rental assistance supplement is going to end because:

- You did not send back the renewal packet that we mailed to you. If you need another packet, **immediately** call us at **929-221-7246**.
- Your household income is too high for you to continue getting a rental assistance supplement. If you think this is incorrect, call **929-221-7246**.
- You did not return documents that we asked you to send to us.
- You are no longer living in the home we approved for a rental assistance supplement.

You will not get a rental assistance supplement after _____ unless you take care of the problems above before _____.

You can still send us the additional information or documents that we asked you to give us. Email or mail us the copies of the documents:



Email: DV_housing@hra.nyc.gov



Mail: CityFHEPS
NYC Human Resources Administration
150 Greenwich Street, 43rd Floor
New York, New York 10007

We will send you a **final notice** when we end your rental assistance supplement.

If you have any questions about this notice, please call us at **929-221-7246**.

(Turn Page)

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

Fecha del Aviso: _____

Nombre del Participante del Programa: _____

ADVERTENCIA: ¡Su Asistencia de Alquiler Podría Terminar!

Su SEPS o LINC se terminará el: _____

Su suplemento de asistencia de alquiler se va a terminar porque:

- Usted no devolvió el paquete de renovación que nosotros le enviamos por correo. Si necesita otro paquete, favor de llamarnos **de inmediato** al **929-221-7246**.
- Su ingreso es demasiado alto para poder seguir recibiendo el suplemento de asistencia de alquiler. Si piensa que esto es incorrecto, llame al **929-221-7246**.
- Usted no devolvió los documentos que le pedimos que nos enviara.
- Usted ya no vive en el hogar que nosotros aprobamos para el suplemento de asistencia de alquiler.

Usted no recibirá suplemento de asistencia de alquiler después del _____ a menos que se encargue de los problemas ya mencionados, antes del _____.

Aún puede enviarnos la información o documentos adicionales que le pedimos. Envíenos las copias de los documentos por correo postal o electrónico:



Correo electrónico: DV_housing@hra.nyc.gov



Correo postal: CityFHEPS
NYC Human Resources Administration
150 Greenwich Street, 43rd Floor
New York, New York 10007

Nosotros le enviaremos un **aviso final** cuando demos por terminado el suplemento de asistencia de alquiler.

Si tiene cualquier pregunta sobre este aviso, favor de llamarnos al **929-221-7246**.

(Voltee la página)

¿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.

SAMPLE

Notice Date: _____

Program Participant Name: _____

Final Notice: Your Rental Assistance Supplement Will End

Your SEPS or LINC Will End on: _____

Your rental assistance supplement is going to end because:

- You did not send back the renewal packet that we mailed to you. If you need another packet, **immediately** call us at **929-221-7246**.
- Your household income is too high for you to continue getting a rental assistance supplement. If you think this is incorrect, call **929-221-7246**.
- You did not return documents that we asked you to send to us.
- You are no longer living in the home we approved for a rental assistance supplement.

If you have any questions, please call us at **929-221-7246**.

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 ENCLOSED CONFERENCE AND ADMINISTRATIVE APPEAL
RIGHTS INFORMATION SECTION OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

(Turn Page)

Right to a Review of Our Determinations

DO YOU THINK WE ARE WRONG? (IF SO, CONTACT HRA IMMEDIATELY)

If you think our decision is wrong, you should talk with your case manager. If we made a mistake, we will correct it. If you are not satisfied with the explanation your case manager gives you, you can request a review conference with HRA and/or an administrative appeal hearing to obtain a review of the decision. Often, the quickest way to have the decision reviewed is by requesting a conference with HRA. **An agency review conference must be requested within 60 days of the issuance of this determination.**

HOW TO REQUEST A REVIEW CONFERENCE

It is very easy to request a review conference. Just call 929-221-7246 and say that you are requesting a review conference about your eligibility for the CityFHEPS program. One will be scheduled as soon as possible.

WHAT TO EXPECT AT A REVIEW CONFERENCE

At a review conference, we will discuss our decision with you. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. If you have documents that show there was an error, you can explain the error to us and we will direct you regarding the fastest way to change or update your information.

If you are not satisfied with the results of the review conference, you are still entitled to an administrative appeal. **Your time to request an appeal will be extended until 60 days after the date of your review conference.**

ADMINISTRATIVE APPEAL PROCESS

Deadline for requesting an appeal: You have 60 days from the date of this notice or the date of your conference to request an Administrative Appeal.

How to Ask for an Administrative Appeal Hearing:

You can ask for an administrative appeal by **mail**, by **fax**, or by **email**. If you cannot reach HRA by fax or email, please write to NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003 to ask for an administrative appeal before the deadline. All requests for administrative appeals must be in writing.

(1) MAIL: Send a copy of **ALL PAGES OF THIS NOTICE**, completed, to:
NYC/DSS Administrative Hearings
109 East 16th Street, 3rd Floor
New York, NY 10003
(Please keep a copy for yourself.)

(2) FAX: Fax a copy of **ALL PAGES OF THIS NOTICE** to: **917-639-0313**.

(3) E-MAIL: Scan and E-mail **ALL PAGES OF THIS NOTICE** to: RACC@hra.nyc.gov

(Turn Page)

I want an administrative appeal. I do not agree with the City’s decision.
(You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Keeping your Benefits the Same:

We will not end your CityFHEPS if you ask for an Administrative Appeal hearing about the decision in this notice within 10 days of the date of this notice. If you ask for a conference only and not an Administrative Appeal hearing, we WILL end your CityFHEPS.

If you do not want your rental assistance amount to continue until the decision is issued, you must tell HRA when you request the Administrative Appeal hearing.

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

Signature: _____ Date: _____

What to Expect at an Administrative Appeal Hearing

HRA will send you a notice that tells you when and where the appeal hearing will be held.

At the hearing, you will have a chance to explain why you think the decision is wrong. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

(Turn Page)

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements. At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

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

If you have a disability and need a reasonable accommodation, such as sign language interpretation, assistance for a visual impairment or some other accommodation, to participate in a conference or hearing, please make this request on this form.

Legal Assistance

If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocacy group. For contact information for Legal Aid or other advocacy groups or the names of other lawyers, check your Yellow Pages under "Lawyers" or check the internet equivalent.

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 file. If you call, write or fax HRA, we will send you free copies of the documents from your files which we will give to the hearing officer at the hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of other specific documents which you think you may need to prepare for your appeal hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call HRA at **929-221-7246** or write HRA at **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

Information

If you want more information about your case, how to ask for an administrative appeal, how to see your file, or how to get additional copies of documents, call HRA at **929-221-7246** or write to **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Further Appeal Rights

If you think the hearing officer's decision is wrong, you will have the right to appeal the hearing officer's decision to a higher-level manager within HRA. Information on how to take a further appeal will be included in the hearing officer's decision.

Fecha del Aviso: _____
Nombre del Participante
del Programa: _____

Aviso Final: Su Asistencia de Alquiler Terminará

Su SEPS o LINC se terminará el: _____

Su suplemento de asistencia de alquiler se va a terminar porque:

- Usted no devolvió el paquete de renovación que nosotros le enviamos por correo. Si necesita otro paquete, favor de llamarnos **de inmediato** al **929-221-7246**.
- Su ingreso es demasiado alto para poder seguir recibiendo el suplemento de asistencia de alquiler. Si piensa que esto es incorrecto, llame al **929-221-7246**.
- Usted no devolvió los documentos que le pedimos que nos enviara.
- Usted ya no vive en el hogar que nosotros aprobamos para el suplemento de asistencia de alquiler.

Si usted tiene pregunta, favor de llamarnos al **929-221-7246**.

¿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 ADJUNTA A ESTE AVISO SOBRE CONFERENCIAS
Y DERECHOS DE APELACIÓN ADMINISTRATIVA PARA SABER
CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

(Voltee la página)

Derecho a revisar nuestras determinaciones

¿CREE QUE ESTAMOS EQUIVOCADOS? (EN TAL CASO, COMUNÍQUESE DE INMEDIATO CON LA HRA)

Si piensa que nuestra decisión es errónea, debe hablar con el administrador de su caso. Si cometimos un error, lo corregiremos. Si usted no está satisfecho(a) con la explicación de su administrador de caso, puede solicitar una conferencia de revisión con la HRA y/o una audiencia de apelación administrativa para obtener una revisión de la decisión. A menudo, la manera más rápida de que se revise una decisión es mediante la conferencia con la HRA. **La conferencia de revisión de la agencia se debe solicitar dentro de 60 días a partir de la emisión de esta determinación.**

CÓMO SOLICITAR UNA CONFERENCIA DE REVISIÓN

Es muy fácil solicitar una conferencia de revisión. Solo tiene que llamar al 929-221-7246 e informar que está solicitando una conferencia de revisión de su elegibilidad para el programa de CityFHEPS. Se programará una conferencia tan pronto posible.

QUÉ SE HA DE ESPERAR EN UNA CONFERENCIA DE REVISIÓN

En la conferencia de revisión, analizaremos nuestra decisión con usted. A veces ésta es la manera más rápida de solucionar cualquier problema que pueda tener. Si tiene documentos que demuestren que hubo un error, puede explicarnos el error y le indicaremos cuál es la forma más rápida de cambiar o actualizar su información.

Si no está satisfecho(a) con los resultados de la conferencia de revisión, aún tiene derecho a una apelación administrativa. El período para **solicitar una apelación se extenderá hasta 60 días después de la fecha de la conferencia de revisión.**

TRÁMITE DE APELACIÓN ADMINISTRATIVA

Fecha límite para solicitar una apelación: Tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso o de la fecha de la conferencia para solicitar la apelación administrativa.

Cómo solicitar una audiencia de apelación administrativa:

Puede solicitar una apelación administrativa por **correo postal**, por **fax**, o por **correo electrónico**. Si no puede comunicarse con la HRA por fax o correo electrónico, favor de escribir a NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003, para solicitar una apelación administrativa antes de la fecha límite. Todas las solicitudes de apelaciones administrativas se deben presentar por escrito.

(1) CORREO POSTAL: Enviar una copia de **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO**, rellenadas, a:
NYC/DSS Administrative Hearings
109 East 16th Street, 3rd Floor
New York, NY 10003
(Favor de guardar una copia para usted.)

(2) FAX: Enviar una copia de **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO** al:
917-639-0313.

(3) CORREO ELECTRÓNICO: Escanear y enviar por correo electrónico **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO** a: RACC@hra.nyc.gov

(Voltee la página)

Deseo una apelación administrativa. No estoy de acuerdo con la decisión de la ciudad.

(A continuación puede explicar por qué no está de acuerdo, pero no es obligatorio incluir una explicación por escrito).

Para mantener sus beneficios sin cambios:

Nosotros no terminaremos el CityFHEPS si usted solicita una audiencia de Apelación Administrativa debido la decisión en este aviso, dentro de 10 días de la fecha de este aviso. Si usted solo solicita una conferencia, pero no solicita la audiencia de Apelación Administrativa, nosotros SÍ terminaremos el CityFHEPS.

Si no desea que la cantidad de asistencia de alquiler cambie en lo que se dicta la decisión, debe informar a la HRA al solicitar la audiencia de Apelación Administrativa.

Nombre en letra de molde: **SAMPLE** Número del Caso: _____

Dirección: _____ Nombre _____ I. _____ Apellido _____

Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Qué se ha de esperar en una Audiencia de Apelación Administrativa

La HRA le enviará un aviso que le informará cuándo y dónde tendrá lugar la audiencia de apelación.

En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué piensa que la decisión es errónea. Puede traer a un abogado, a un familiar, a un amigo o a otra persona para que le ayude con su explicación. Si no puede acudir en persona, puede enviar a alguien para que le represente. Si en vez de ir, usted envía a alguien que no sea abogado a la audiencia, debe darle a esa persona una carta que le indique al funcionario de audiencia que usted desea que esta persona le represente en la audiencia.

(Voltee la página)

Para ayudarle durante la audiencia a explicar por qué cree que estamos equivocados, debe traer a cualquier testigo que pueda ayudarle. También debe presentar cualquier documento que tenga, como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, facturas, declaraciones médicas. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante pueden hacer preguntas a los testigos que traigamos nosotros o que usted traiga para abogar por su caso.

Si tiene una discapacidad y no puede viajar, puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado o empleado de abogado, su representante debe traerle al funcionario de la audiencia una carta firmada.

Si usted tiene una discapacidad y necesita acomodamiento razonable para participar en una conferencia o audiencia, como interpretación de lenguaje de señas, asistencia para un impedimento visual o algún otro acomodamiento, favor de solicitarlo en este formulario.

Asistencia Legal

Si usted cree que necesita un abogado para que le ayude con este problema, podría obtener abogado sin costo alguno comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal local u otro grupo de abogacía. Para información de contacto de la Ayuda Legal u otros grupos de abogacía o los nombres de otros abogados, consulte las Páginas Amarillas en la sección "Abogados" o busque el equivalente en el Internet.

Acceso a su expediente y copias de documentos

Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si llama, escribe o envía un fax a la HRA, le enviaremos copias gratuitas de los documentos de su expediente, las cuales entregaremos al funcionario de la audiencia durante la misma. Además, si llama, escribe o nos envía un fax, le enviaremos copias gratuitas de otros documentos específicos que usted crea que pueda necesitar para prepararse para la audiencia de apelación. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llame a la HRA al **929-221-7246** o escriba a **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Si desea copias de los documentos del expediente de su caso, debe solicitarlas con anticipación. Éstas se le proveerán dentro de un plazo razonable, antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo, sólo si así lo solicita.

Información

Si desea obtener más información sobre su caso, cómo solicitar una apelación administrativa, cómo revisar su expediente o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame a la HRA al **929-221-7246** o escriba a **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Otros derechos de apelación

Si usted piensa que la decisión del funcionario de la audiencia es errónea, tendrá derecho a apelar dicha decisión ante un gerente de nivel superior de la HRA. La información sobre cómo entablar una apelación adicional se incluirá en la decisión del funcionario de audiencia.

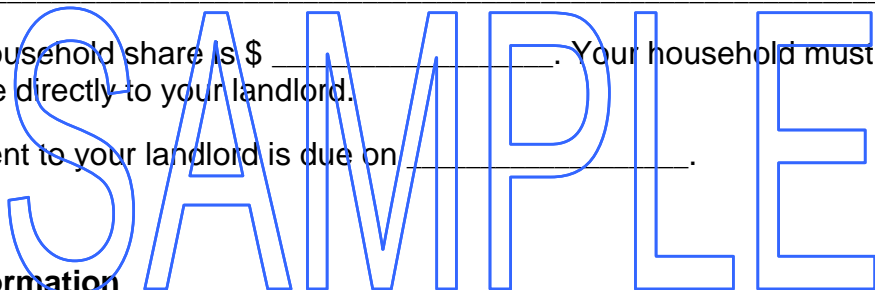
Date: _____
 Case Number: _____
 Participant Name: _____

CityFHEPS Approval Notice

We have approved your household for CityFHEPS.

The approved address, including unit number, is listed below:

 Your monthly household share is \$ _____. Your household must pay the monthly household share directly to your landlord.
 Your first payment to your landlord is due on _____.



Household Information

- | | |
|--|----------|
| 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. CA Shelter Allowance (amount HRA will pay to the Landlord): | \$ _____ |
| 6. CityFHEPS Rent Supplement (amount HRA will pay to the Landlord): | \$ _____ |
| 7. Household Share (amount you have to pay to the landlord): | \$ _____ |
| Total Monthly Rent (sum of 5, 6, and 7): | \$ _____ |

Please remember that:

- You signed a Program Participant Agreement. It explains the requirements for participating in CityFHEPS.
- HRA oversees your Homebase aftercare provider. Homebase is administered by non-profit partners across New York City. Your Homebase aftercare provider is there to help you with any issues you have after leaving shelter. This can include employment, benefits advocacy, rent arrears, or help to discuss disputes or problems with your landlord.
- Your Homebase aftercare provider office and phone number are listed below:

-
- If you have a CA shelter allowance and it is reduced, you will have to make up the difference to your landlord.
 - If your income has gone down and you would like to see if you can get a larger CityFHEPS supplement, call 929-221-7246.
 - Your CityFHEPS is approved for one year. You must renew your CityFHEPS each year that you need assistance. HRA will mail you a renewal application up to five months before your lease expiration. Your CityFHEPS will be renewed if your household meets the CityFHEPS requirements. Your Homebase aftercare provider can help you with your renewal if you need assistance.
 - If you want to move to a new address and use your CityFHEPS, we must approve your move first. If you move without getting our approval first you may lose your CityFHEPS. Go to your Homebase aftercare provider to ask about moving.

If you have any questions about this decision, please call us at 929-221-7246.

CityFHEPS is similar to the federal Section 8 program in that, subject to the availability of funding, it provides assistance, including rental assistance of specified amounts, to landlords and tenants who want to form a landlord-tenant relationship. Any contractual relationship will be solely between each tenant participating in the program and each tenant's landlord participating in the program.

(Turn Page)

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 ENCLOSED CONFERENCE AND ADMINISTRATIVE APPEAL
RIGHTS INFORMATION SECTION OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

(Turn Page)

Right to a Review of Our Determinations

DO YOU THINK WE ARE WRONG? (IF SO, CONTACT HRA IMMEDIATELY)

If you think our decision is wrong, you should talk with your case manager. If we made a mistake, we will correct it. If you are not satisfied with the explanation your case manager gives you, you can request a review conference with HRA and/or an administrative appeal hearing to obtain a review of the decision. Often, the quickest way to have the decision reviewed is by requesting a conference with HRA. **An agency review conference must be requested within 60 days of the issuance of this determination.**

HOW TO REQUEST A REVIEW CONFERENCE

It is very easy to request a review conference. Just call 929-221-7246 and say that you are requesting a review conference about your eligibility for the CityFHEPS program. One will be scheduled as soon as possible.

WHAT TO EXPECT AT A REVIEW CONFERENCE

At a review conference, we will discuss our decision with you. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. If you have documents that show there was an error, you can explain the error to us and we will direct you regarding the fastest way to change or update your information.

If you are not satisfied with the results of the review conference, you are still entitled to an administrative appeal. **Your time to request an appeal will be extended until 60 days after the date of your review conference.**

ADMINISTRATIVE APPEAL PROCESS

Deadline for requesting an appeal: You have 60 days from the date of this notice or the date of your conference to request an Administrative Appeal.

How to Ask for an Administrative Appeal Hearing:

You can ask for an administrative appeal by **mail**, by **fax**, or by **email**. If you cannot reach HRA by fax or email, please write to NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003 to ask for an administrative appeal before the deadline. All requests for administrative appeals must be in writing.

(1) MAIL: Send a copy of **ALL PAGES OF THIS NOTICE**, completed, to:
NYC/DSS Administrative Hearings
109 East 16th Street, 3rd Floor
New York, NY 10003
(Please keep a copy for yourself.)

(2) FAX: Fax a copy of **ALL PAGES OF THIS NOTICE** to: **917-639-0313**.

(3) E-MAIL: Scan and E-mail **ALL PAGES OF THIS NOTICE** to: RACC@hra.nyc.gov

(Turn Page)

I want an administrative appeal. I do not agree with the City's decision.
(You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Keeping your Benefits the Same:

We will not end your CityFHEPS if you ask for an Administrative Appeal hearing about the decision in this notice within 10 days of the date of this notice. If you ask for a conference only and not an Administrative Appeal hearing, we WILL end your CityFHEPS.

If you do not want your rental assistance amount to continue until the decision is issued, you must tell HRA when you request the Administrative Appeal hearing.

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

Signature: _____ Date: _____

What to Expect at an Administrative Appeal Hearing

HRA will send you a notice that tells you when and where the appeal hearing will be held.

At the hearing, you will have a chance to explain why you think the decision is wrong. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

(Turn Page)

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements. At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

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

If you have a disability and need a reasonable accommodation, such as sign language interpretation, assistance for a visual impairment or some other accommodation, to participate in a conference or hearing, please make this request on this form.

Legal Assistance

If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocacy group. For contact information for Legal Aid or other advocacy groups or the names of other lawyers, check your Yellow Pages under "Lawyers" or check the internet equivalent.

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 file. If you call, write or fax HRA, we will send you free copies of the documents from your files which we will give to the hearing officer at the hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of other specific documents which you think you may need to prepare for your appeal hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call HRA at **929-221-7246** or write HRA at **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

Information

If you want more information about your case, how to ask for an administrative appeal, how to see your file, or how to get additional copies of documents, call HRA at **929-221-7246** or write to **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Further Appeal Rights

If you think the hearing officer's decision is wrong, you will have the right to appeal the hearing officer's decision to a higher-level manager within HRA. Information on how to take a further appeal will be included in the hearing officer's decision.



Department of Social Services

EIS-1e (S) 10/18/2018 (page 1 of 6) LLF

Fecha: _____

Número de caso: _____

Nombre del participante: _____

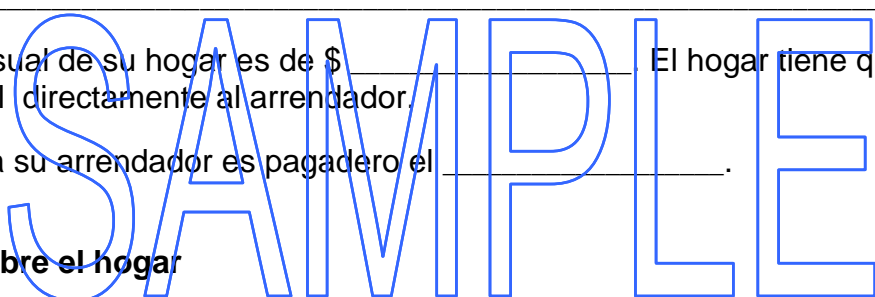
Aviso de Aprobación de CityFHEPS

Le hemos aprobado el CityFHEPS a su hogar:

A continuación sigue la dirección aprobada, incluyendo el número de vivienda:

La porción mensual de su hogar es de \$ _____ El hogar tiene que pagar la porción mensual directamente al arrendador.

El primer pago a su arrendador es pagadero el _____.



Información sobre el hogar

- 1. Número de integrantes del hogar que reciben Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés): _____
 - 2. Número de integrantes del hogar que no reciben CA: _____
 - 3. Ingreso total de los integrantes que reciben CA: \$ _____
 - 4. Ingreso total de los integrantes que no reciben CA: \$ _____
 - 5. Asignación de albergue de CA (cantidad que la **HRA** le pagará al arrendador): \$ _____
 - 6. Suplemento de alquiler de CityFHEPS (cantidad que la **HRA** le pagará al arrendador): \$ _____
 - 7. Porción del hogar (cantidad que **usted** le tiene que pagar al arrendador): \$ _____
- Total de alquiler mensual (la suma de las líneas 5, 6 y 7): _____

(Voltee la página)

Favor de recordar que:

- Usted firmó un Acuerdo del Participante del Programa. Este explica los requisitos para participar en CityFHEPS.
- La HRA supervisa a su proveedor de atención complementaria de Homebase. Homebase es administrado por socios sin fines de lucro en toda la ciudad de Nueva York. Su proveedor de atención complementaria de Homebase está ahí para ayudarle con cualquier problema que tenga después de salir del refugio. Esto puede incluir empleo, abogacía de beneficios, atrasos de alquiler o le pueden ayudar con cualquier disputa o problema con su arrendador.
- A continuación sigue la oficina y el número de teléfono de Homebase:

-
- Si tiene una asignación de albergue y es reducida, usted tendrá que compensarle la diferencia al arrendador.
 - Si su ingreso ha bajado y usted desea intentar obtener un suplemento mayor de CityFHEPS, llame al 929-221-7246.
 - Su CityFHEPS está aprobado por un año. Usted tiene que renovar el CityFHEPS cada año, si necesita la asistencia. La HRA le enviará por correo una solicitud de renovación, con hasta cinco meses de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato de alquiler. El CityFHEPS será renovado si su hogar cumple con los requisitos de CityFHEPS. Su proveedor de atención complementaria de Homebase también puede ayudar con la renovación, si la necesita.
 - Si desea mudarse a una nueva dirección y utiliza CityFHEPS, nosotros debemos aprobar la mudanza primero. Si se muda sin obtener aprobación primero, usted podría perder el CityFHEPS. Vaya donde el proveedor de Homebase para pedir información sobre la mudanza.

Ante cualquier pregunta sobre esta decisión, favor de llamarnos al 929-221-7246.

El CityFHEPS es similar al programa federal de la Sección 8, en el sentido de que, sujeto a la disponibilidad de fondos, provee asistencia, incluida la asistencia de alquiler de cantidades determinadas, a los arrendadores e inquilinos que deseen entablar una relación mutua. Toda relación contractual será exclusivamente entre cada inquilino participante en el programa y al arrendador que participa igualmente en el programa.

(Voltee la página)

¿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.

SAMPLE

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN EN ESTE AVISO SOBRE LAS
CONFERENCIAS Y LOS DERECHOS DE APELACIÓN ADMINISTRATIVA PARA SABER
CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

(Voltee la página)

Derecho a revisar nuestras determinaciones

¿CREE QUE ESTAMOS EQUIVOCADOS? (EN TAL CASO, COMUNÍQUESE DE INMEDIATO CON LA HRA)

Si piensa que nuestra decisión es errónea, debe hablar con el administrador de su caso. Si cometimos algún error, lo corregiremos. Si usted no está satisfecho(a) con la explicación de su administrador de caso, puede solicitar una conferencia de revisión con la HRA y/o una audiencia de apelación administrativa para obtener a una revisión de la decisión. A menudo, la manera más rápida de que se revise una decisión es mediante la conferencia con la HRA **La conferencia revisión de la agencia se debe solicitar dentro de 60 días a partir de la emisión de esta determinación.**

CÓMO SOLICITAR UNA CONFERENCIA DE REVISIÓN

Es muy fácil solicitar una conferencia de revisión. Solo tiene que llamar al 929-221-7246 e informar que está solicitando una conferencia de revisión de su elegibilidad para el programa de CityFHEPS. Se programará una conferencia lo antes posible.

QUÉ SE HA DE ESPERAR EN UNA CONFERENCIA DE REVISIÓN

En la conferencia de revisión, analizaremos nuestra decisión con usted. A veces ésta es la manera más rápida de solucionar cualquier problema que pueda tener. Si tiene documentos que demuestren que hubo algún error, puede explicarnos el error y le indicaremos cuál es la forma más rápida de cambiar o actualizar su información.

Si no está satisfecho(a) con los resultados de la conferencia de revisión, aún tiene derecho a una apelación administrativa. **El período para solicitar una apelación se extenderá hasta 60 días después de la fecha de la conferencia de revisión.**

TRÁMITE DE APELACIÓN ADMINISTRATIVA

Fecha límite para solicitar una apelación: Tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso o de la fecha de la conferencia para solicitar la apelación administrativa.

Cómo solicitar una audiencia de apelación administrativa:

Puede solicitar una apelación administrativa por **correo postal**, por **fax**, o por **correo electrónico**. Si no puede comunicarse con la HRA por fax o por correo electrónico, favor de escribir a NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003, para solicitar una apelación administrativa antes de la fecha límite. Todas las solicitudes de apelaciones administrativas se deben presentar por escrito.

(1) CORREO POSTAL: Enviar copia de **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO**, rellenadas, a:
NYC/DSS Administrative Hearings
109 East 16th Street, 3rd Floor
New York, NY 10003
(Favor de guardar una copia para usted.)

(2) FAX: Enviar copia de **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO** al:
917-639-0313.

(3) CORREO ELECTRÓNICO: Escanear y enviar por correo electrónico **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO** a: RACC@hra.nyc.gov

(Voltee la página)

- Deseo una apelación administrativa. No estoy de acuerdo con la decisión de la ciudad.** (Puede explicar a continuación por qué no está de acuerdo pero no es obligatorio incluir una explicación por escrito).

Para mantener sus beneficios sin cambios:

Nosotros no terminaremos el CityFHEPS si usted solicita una audiencia de Apelación Administrativa debido la decisión en este aviso, dentro de 10 días de la fecha de este aviso. Si usted solo solicita una conferencia, pero no solicita la audiencia de Apelación Administrativa, nosotros SÍ terminaremos el CityFHEPS.

Si no desea que la cantidad de asistencia de alquiler cambie en lo que se dicta la decisión, debe informar a la HRA al solicitar la audiencia de Apelación Administrativa.

Nombre en letra de molde: **SAMPLE** Número del caso: _____

Nombre I. Apellido _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Qué debe esperar en una Audiencia de Apelación Administrativa

La HRA le enviará un aviso que le informará cuándo y dónde tendrá lugar la audiencia de apelación.

En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué piensa que la decisión es errónea. Puede traer a un abogado, a un familiar, a un amigo o a otra persona para que le ayude con su explicación. Si no puede acudir en persona, puede enviar a alguien para que le represente. Si en vez de ir usted envía a alguien que no sea abogado a la audiencia, debe darle a esa persona una carta que le indique al funcionario de audiencia que usted desea que esta persona le represente en la audiencia.

(Voltee la página)

Para ayudarle durante la audiencia a explicar por qué cree que estamos equivocados, debería traer a cualquier testigo que pueda ayudarle. También debe presentar cualquier documento que tenga, como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, facturas, declaraciones médicas. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante pueden hacer preguntas a los testigos que traigamos nosotros o que usted traiga para abogar por su caso.

Si tiene una discapacidad y no puede viajar, puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado o empleado de abogado, su representante debe traerle al funcionario de la audiencia una carta firmada.

Si usted tiene una discapacidad y necesita acomodamiento razonable para participar en una conferencia o audiencia, como interpretación de lenguaje de señas, asistencia para un impedimento visual o algún otro acomodamiento, favor de solicitarlo en este formulario.

Asistencia legal

Si usted cree que necesita a un abogado para que le ayude con este problema, podría obtener abogado sin costo alguno comunicándose con su Sociedad de Ayuda Legal local u otro grupo de abogacía. Para información de contacto de la Ayuda Legal u otros grupos de abogacía o los nombres de otros abogados, consulte las Páginas Amarillas en la sección "Abogados" o busque el equivalente en el Internet.

Acceso a su expediente y copias de documentos

Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si llama, escribe o envía un fax a la HRA, le enviaremos copias gratuitas de los documentos de su expediente, las cuales entregaremos al funcionario de la audiencia durante la misma. Además, si llama, escribe o nos envía un fax, le enviaremos copias gratuitas de otros documentos específicos que usted crea que pueda necesitar para prepararse para la audiencia de apelación. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llame a la HRA al **929-221-7246** o escriba a **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Si desea copias de los documentos del expediente de su caso, debe solicitarlas con anticipación. Éstas se le proveerán dentro de un plazo razonable, antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo, sólo si lo solicita específicamente.

Información

Si desea obtener más información sobre su caso, cómo pedir una apelación administrativa, cómo revisar su expediente o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame a la HRA al **929-221-7246** o escriba a **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Otros derechos de apelación

Si usted piensa que la decisión del funcionario de la audiencia es errónea, tendrá derecho a apelar dicha decisión ante un gerente de nivel superior de la HRA. La información sobre cómo entablar una apelación adicional se incluirá en la decisión del funcionario de audiencia.

Date: _____

Client Name: _____

CA Case Number: _____

CityFHEPS Denial Notice

Your application for CityFHEPS dated _____, has been denied for the following reason(s):

Reason(s) for Denial for households in Shelter:

You do not meet any of the following criteria:

1. Your household is an adult only household with earned income.
2. Your household has earned income and works at least thirty (30) hours per week.
3. Your household includes someone who is 60 years of age or older.
4. Your household includes an adult who is receiving federal disability benefits.
5. WeCARE has determined that there is an adult in your household who may be eligible for federal disability benefits.
6. Your household includes an adult who is exempt from Cash Assistance work requirements because this adult is needed at home to care for a household member with a verified mental or physical condition, or disability.
7. Your household includes someone who has served in the United States Armed Forces.
8. Your household is staying in a shelter that will close.
9. Your household was referred by a CityFHEPS qualifying program.

You have not found an apartment that qualifies for a CityFHEPS rental assistance supplement.

The housing unit you found does not meet CityFHEPS standards.

(Turn Page)

Reason(s) for Denial (*continued*):

- You do not have a qualifying shelter stay.
- You are not eligible for shelter.
- Your household includes the person who made you eligible for HRA Shelter.
- Your household's income is more than 200% of the Federal Poverty Level.
- All members of your household eligible for CA are not receiving CA.
- Your household is not sanction-free.
- Your household is eligible for FHEPS.
- Your household has a federal housing voucher or coupon.
- Other

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 ENCLOSED CONFERENCE AND ADMINISTRATIVE APPEAL
RIGHTS INFORMATION SECTION OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

(Turn Page)

Right to a Review of Our Determinations

DO YOU THINK WE ARE WRONG? (IF SO, CONTACT HRA IMMEDIATELY)

If you think our decision is wrong, you should talk with your case manager. If we made a mistake, we will correct it. If you are not satisfied with the explanation your case manager gives you, you can request a review conference with HRA and/or an administrative appeal hearing to obtain a review of the decision. Often, the quickest way to have the decision reviewed is by requesting a conference with HRA. **An agency review conference must be requested within 60 days of the issuance of this determination.**

HOW TO REQUEST A REVIEW CONFERENCE

It is very easy to request a review conference. Just call 929-221-7246 and say that you are requesting a review conference about your eligibility for the CityFHEPS program. One will be scheduled as soon as possible.

WHAT TO EXPECT AT A REVIEW CONFERENCE

At a review conference, we will discuss our decision with you. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. If you have documents that show there was an error, you can explain the error to us and we will direct you regarding the fastest way to change or update your information.

If you are not satisfied with the results of the review conference, you are still entitled to an administrative appeal. **Your time to request an appeal will be extended until 60 days after the date of your review conference.**

ADMINISTRATIVE APPEAL PROCESS

Deadline for requesting an appeal: You have 60 days from the date of this notice or the date of your conference to request an Administrative Appeal.

How to Ask for an Administrative Appeal Hearing:

You can ask for an administrative appeal by **mail**, by **fax**, or by **email**. If you cannot reach HRA by fax or email, please write to NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003 to ask for an administrative appeal before the deadline. All requests for administrative appeals must be in writing.

(1) MAIL: Send a copy of **ALL PAGES OF THIS NOTICE**, completed, to:
NYC/DSS Administrative Hearings
109 East 16th Street, 3rd Floor
New York, NY 10003
(Please keep a copy for yourself.)

(2) FAX: Fax a copy of **ALL PAGES OF THIS NOTICE** to: **917-639-0313**.

(3) E-MAIL: Scan and E-mail **ALL PAGES OF THIS NOTICE** to: **RACC@hra.nyc.gov**

(Turn Page)

I want an administrative appeal. I do not agree with the City's decision.
(You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Keeping your Benefits the Same:

We will not end your CityFHEPS if you ask for an Administrative Appeal hearing about the decision in this notice within 10 days of the date of this notice. If you ask for a conference only and not an Administrative Appeal hearing, we WILL end your CityFHEPS.

If you do not want your rental assistance amount to continue until the decision is issued, you must tell HRA when you request the Administrative Appeal hearing.

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

Signature: _____ Date: _____

What to Expect at an Administrative Appeal Hearing

HRA will send you a notice that tells you when and where the appeal hearing will be held.

At the hearing, you will have a chance to explain why you think the decision is wrong. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

(Turn Page)

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements. At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

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

If you have a disability and need a reasonable accommodation, such as sign language interpretation, assistance for a visual impairment or some other accommodation, to participate in a conference or hearing, please make this request on this form.

Legal Assistance

If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocacy group. For contact information for Legal Aid or other advocacy groups or the names of other lawyers, check your Yellow Pages under "Lawyers" or check the internet equivalent.

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 file. If you call, write or fax HRA, we will send you free copies of the documents from your files which we will give to the hearing officer at the hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of other specific documents which you think you may need to prepare for your appeal hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call HRA at **929-221-7246** or write HRA at **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

Information

If you want more information about your case, how to ask for an administrative appeal, how to see your file, or how to get additional copies of documents, call HRA at **929-221-7246** or write to **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Further Appeal Rights

If you think the hearing officer's decision is wrong, you will have the right to appeal the hearing officer's decision to a higher-level manager within HRA. Information on how to take a further appeal will be included in the hearing officer's decision.

Fecha: _____

Nombre del cliente: _____

Número de caso de CA: _____

Aviso de Rechazo de CityFHEPS

Su solicitud del suplemento de CityFHEPS, fechada _____, ha sido rechazada por las siguientes razones.

Razón por el rechazo de hogares que están en albergue:

- Usted no cumple con ninguno de los siguientes criterios:
1. Su hogar está compuesto de un solo adulto con un ingreso salarial.
 2. Su hogar cuenta con ingreso salarial y con por lo menos 30 horas de trabajo semanal.
 3. Su hogar incluye a una persona de 60 años o mayor.
 4. Su hogar incluye a una persona que recibe beneficios federales por discapacidad.
 5. WeCARE ha determinado que hay un adulto en su hogar que podría ser elegible para recibir beneficios federales por discapacidad.
 6. Su hogar incluye a un adulto exonerado del requisito de trabajo del programa de Asistencia en Efectivo, ya que se necesita a este adulto en casa para cuidar a algún integrante del hogar que padezca de una discapacidad o de alguna condición física o mental verificada.
 7. Su hogar incluye a una persona que ha servido en la Ejercito de los Estados Unidos.
 8. Su hogar está hospedado en un refugio que va a ser cerrado.
 9. Su hogar fue referido por un programa de CityFHEPS calificado.
- Usted no ha encontrado un apartamento que califique para el suplemento de asistencia de alquiler de CityFHEPS.
- El apartamento que encontró no cumple con las normas de CityFHEPS.

(Voltee la página)

Razón por el rechazo (*continuación*):

- Usted no tiene una estadía en albergue que califique.
- Usted no es elegible para recibir albergue.
- Su hogar incluye a la persona por la cual usted es elegible para el albergue de la HRA.
- El ingreso de su hogar es superior al 200% del nivel de pobreza federal.
- Todos los integrantes de su hogar que son elegibles para recibir la Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés) no la están recibiendo.
- Su hogar no está libre de sanciones.
- Su hogar es elegible para recibir FHEPS.
- Su hogar recibe un vale o cupón federal para vivienda.
- Otra razón

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 EN ESTE AVISO SOBRE LAS
CONFERENCIAS Y LOS DERECHOS DE APELACIÓN ADMINISTRATIVA PARA SABER
CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

(Voltee la página)

Derecho a revisar nuestras determinaciones

¿CREE QUE ESTAMOS EQUIVOCADOS? (EN TAL CASO, COMUNÍQUESE DE INMEDIATO CON LA HRA)

Si piensa que nuestra decisión es errónea, debe hablar con el administrador de su caso. Si cometimos un error, lo corregiremos. Si usted no está satisfecho(a) con la explicación de su administrador de caso, puede solicitar una conferencia de revisión con la HRA y/o una audiencia de apelación administrativa para obtener a una revisión de la decisión. A menudo, la manera más rápida de que se revise una decisión es mediante la conferencia con la HRA. **La conferencia revisión de la agencia se debe solicitar dentro de 60 días a partir de la emisión de esta determinación.**

CÓMO SOLICITAR UNA CONFERENCIA DE REVISIÓN

Es muy fácil solicitar una conferencia de revisión. Solo tiene que llamar al 929-221-7246 e informar que está solicitando una conferencia de revisión de su elegibilidad para el programa de CityFHEPS. Se programará una conferencia tan pronto posible.

QUÉ SE HA DE ESPERAR EN UNA CONFERENCIA DE REVISIÓN

En la conferencia de revisión, analizaremos nuestra decisión con usted. A veces ésta es la manera más rápida de solucionar cualquier problema que pueda tener. Si tiene documentos que demuestren que hubo un error, puede explicarnos el error y le indicaremos cuál es la forma más rápida de cambiar o actualizar su información.

Si no está satisfecho(a) con los resultados de la conferencia de revisión, aún tiene derecho a una apelación administrativa. El período para **solicitar una apelación se extenderá hasta 60 días después de la fecha de la conferencia de revisión.**

TRÁMITE DE APELACIÓN ADMINISTRATIVA

Fecha límite para solicitar una apelación: Tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso o de la fecha de la conferencia para solicitar la apelación administrativa.

Cómo solicitar una audiencia de apelación administrativa:

Puede solicitar una apelación administrativa por **correo postal**, por **fax** o por **correo electrónico**. Si no puede comunicarse con la HRA por fax o correo electrónico, favor de escribir a NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003, para solicitar una apelación administrativa antes de la fecha límite. Todas las solicitudes de apelaciones administrativas se deben presentar por escrito.

(1) CORREO POSTAL: Enviar copia de **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO**, rellenadas, a:

**NYC/DSS Administrative Hearings
109 East 16th Street, 3rd Floor
New York, NY 10003**
(Favor de guardar una copia para usted.)

(2) FAX: Enviar copia de **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO** al: 917-639-0313.

(3) CORREO ELECTRÓNICO: Escanear y enviar por correo electrónico **TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE AVISO** a: **RACC@hra.nyc.gov**

(Voltee la página)

- Deseo una apelación administrativa. No estoy de acuerdo con la decisión de la ciudad.** (Puede explicar a continuación por qué no está de acuerdo, pero no es obligatorio incluir una explicación por escrito).

Para mantener sus beneficios sin cambios:

Nosotros no terminaremos el CityFHEPS si usted solicita una audiencia de Apelación Administrativa debido la decisión en este aviso, dentro de 10 días de la fecha de este aviso. Si usted solo solicita una conferencia, pero no solicita la audiencia de Apelación Administrativa, nosotros SÍ terminaremos el CityFHEPS.

Si no desea que la cantidad de asistencia de alquiler cambie en lo que se dicta la decisión, debe informar a la HRA al solicitar la audiencia de Apelación Administrativa.

Nombre en letra de molde: **SAMPLE** Número del caso: _____

Nombre I. Apellido _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Qué debe esperar en una Audiencia de Apelación Administrativa

La HRA le enviará un aviso que le informará cuándo y dónde tendrá lugar la audiencia de apelación.

En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué piensa que la decisión es errónea. Puede traer a un abogado, a un familiar, a un amigo o a otra persona para que le ayude con su explicación. Si no puede acudir en persona, puede enviar a alguien para que le represente. Si en vez de ir usted envía a alguien que no sea abogado a la audiencia, debe darle a esa persona una carta que le indique al funcionario de audiencia que usted desea que esta persona le represente en la audiencia.

(Voltee la página)

Para ayudarle durante la audiencia a explicar por qué cree que estamos equivocados, debería traer a cualquier testigo que pueda ayudarle. También debe presentar cualquier documento que tenga, como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, facturas, declaraciones médicas. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante pueden hacer preguntas a los testigos que traigamos nosotros o que usted traiga para abogar por su caso.

Si tiene una discapacidad y no puede viajar, puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado o empleado de abogado, su representante debe traerle al funcionario de la audiencia una carta firmada.

Si usted tiene una discapacidad y necesita acomodamiento razonable para participar en una conferencia o audiencia, como interpretación de lenguaje de señas, asistencia para un impedimento visual o algún otro acomodamiento, favor de solicitarlo en este formulario.

Asistencia legal

Si usted cree que necesita a un abogado para que le ayude con este problema, podría obtener abogado sin costo alguno comunicándose con su Sociedad de Ayuda Legal local u otro grupo de abogacía. Para información de contacto de la Ayuda Legal u otros grupos de abogacía o los nombres de otros abogados, consulte las Páginas Amarillas en la sección "Abogados" o busque el equivalente en el Internet.

Acceso a su expediente y copias de documentos

Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si llama, escribe o envía un fax a la HRA, le enviaremos copias gratuitas de los documentos de su expediente, las cuales entregaremos al funcionario de la audiencia durante la misma. Además, si llama, escribe o nos envía un fax, le enviaremos copias gratuitas de otros documentos específicos que usted crea que pueda necesitar para prepararse para la audiencia de apelación. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llame a la HRA al **929-221-7246** o escriba a **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Si desea copias de los documentos del expediente de su caso, debe solicitarlas con anticipación. Éstas se le proveerán dentro de un plazo razonable, antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo, sólo si lo solicita específicamente.

Información

Si desea obtener más información sobre su caso, cómo pedir una apelación administrativa, cómo revisar su expediente o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame a la HRA al **929-221-7246** o escriba a **NYC/DSS Administrative Hearings, 109 East 16th Street, 3rd Floor, New York, NY 10003**.

Otros derechos de apelación

Si usted piensa que la decisión del funcionario de la audiencia es errónea, tendrá derecho a apelar dicha decisión ante un gerente de nivel superior de la HRA. La información sobre cómo entablar una apelación adicional se incluirá en la decisión del funcionario de audiencia.



Department of Social Services

EIS-1g (E) 10/15/2018 (page 1 of 4) LLF

Date: _____

CityFHEPS PROGRAM PARTICIPANT AGREEMENT

Program Applicant Name: _____

I, _____, have applied for a monthly rental assistance supplement from the CityFHEPS program to help my household pay rent for the following unit, which I have personally viewed:

SAMPLE

I understand and agree to the following:

1. I agree to:
 - provide accurate, complete and current information on income and household composition;
 - provide supporting documentation as needed to verify my household's eligibility;
2. Any information I provide in connection with my application for CityFHEPS will be subject to verification by HRA. If any information I provide is incorrect, I may be denied CityFHEPS.
3. I agree to an investigation to verify or confirm the information I have given in connection with my request for CityFHEPS. If additional information is requested, I will provide it.

(Turn page)

I further understand and agree to the following if I am approved for CityFHEPS:

1. My CityFHEPS approval notice will list my CityFHEPS Rental Assistance Supplement Amount.
2. HRA will pay the CityFHEPS Rental Assistance Supplement Amount directly to my landlord (or their designee) each month.
3. I understand that HRA will pay a Rental Assistance Supplement Amount. If I am on Cash Assistance, HRA may also pay my landlord (or landlord's designee) a Shelter Allowance. I understand that **I am responsible for paying the rest of my rent.**
4. I agree to file for all work supports for which I am entitled. These work supports include public benefits and tax credits, such as the Earned Income Tax Credit (EITC), the Child Tax Credit (CTC) and the Child Care Tax Credit (CCTC). For assistance with tax preparation, I may visit www.nyc.gov/taxprep, or call 311 and ask for "tax preparation assistance."
5. I must make best efforts to keep my housing.
6. I can get help and referrals from my local Homebase office or other designated service provider for things like landlord-tenant mediation and anti-eviction services.
7. All members of my household who are eligible for Cash Assistance (CA) must receive CA.
8. If my household may be eligible for any federal or State housing benefit, including Section 8 or FHEPS, I must apply for such benefits and accept them if offered.
9. If my household is eligible for HRA Shelter, my household cannot include the person(s) who made my household eligible for HRA Shelter.
10. I must get HRA's approval before I move into a new apartment.
11. I agree to promptly notify HRA, by calling 929-221-7246, if:
 - I move;
 - I am served with eviction papers;
 - My landlord or the person I pay rent to changes; or
 - I fall behind in paying my rent.
12. If I am renting a room or a Single Room Occupancy (SRO) unit and I plan to add someone under 18 to my household, I will promptly notify HRA, by calling 929-221-7246, so I can get help moving to an apartment.

(Turn page)

13. I understand that CityFHEPS cannot be combined with any other rental assistance program, except with the prior approval of HRA.

14. I will cooperate fully with the City in its administration of the CityFHEPS program.

You Should Know

- A Landlord or Broker may not refuse to accept CityFHEPS. Refusal to accept CityFHEPS may constitute source of income discrimination under the NYC Human Rights Law.
- Side deals with landlords and brokers are prohibited.
- If a landlord or broker refuses CityFHEPS or asks you for a side deal, call the DSS Source of Income Discrimination Unit at **929-221-6576**.
- The HRA security voucher is considered payment of security. A landlord or broker should not ask you to pay any additional monies for security.
- Brokers should not ask you to pay any additional broker fees.
- Your landlord cannot force you to move to a different unit.
- Call HRA's Fraud Hotline at 718-722-8001 immediately if the unit you viewed at your walkthrough is not the same unit you are offered at move in.

Required Signatures

I have read and understand this Program Participant Statement of Understanding and agree to its terms.

Date Program Applicant Signature

I have read and understand this Program Participant Statement of Understanding. I agree to cooperate fully with HRA and its administration of the CityFHEPS program and provide accurate information about my income and any additional information, as needed. I agree to an investigation to verify or confirm any information I provide in connection with HRA's administration of CityFHEPS.

Date Household Member Name Household Member Signature

Date Household Member Name Household Member Signature

Date Household Member Name Household Member Signature

(Turn page)

The following adult household members have not signed a copy of this agreement for the following reason(s):

Case Manager or Housing Specialist Name

Case Manager or Housing Specialist Signature

Date

The Case Manager or Housing Specialist signature confirms the household member information indicated above.

CityFHEPS is similar to the federal Section 8 program in that, subject to the availability of funding, it provides assistance, including rental assistance of specified amounts, to landlords and tenants who want to form a landlord-tenant relationship. Any contractual relationship will be solely between each tenant participating in the program and each tenant's landlord participating in the program.

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.

Fecha: _____

ACUERDO PARA EL PARTICIPANTE DEL PROGRAMA CITYFHEPS

Nombre del participante del programa: _____

Yo, _____, he solicitado el suplemento de asistencia de alquiler del programa CityFHEPS, para ayudar a mi hogar a pagar el alquiler del siguiente apartamento, el cual he visto personalmente:

SAMPLE

Comprendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Estoy de acuerdo con:
 - proporcionar información exacta, completa y actual sobre el ingreso y los integrantes del hogar;
 - proporcionar documentación de apoyo para verificar la elegibilidad de mi hogar, cuando sea necesario;
2. Cualquier información que yo proporcione en conexión con mi solicitud de CityFHEPS estará sujeta a verificación por la HRA. Si proporciono cualquier información incorrecta, yo podría ser rechazado(a) para participar en CityFHEPS.
3. Estoy de acuerdo con que se lleve a cabo una investigación para verificar o confirmar la información que he proporcionado en conexión con mi petición de CityFHEPS. Si se solicita más información, yo la proporcionaré.

(Voltee la página)

Comprendo además y estoy de acuerdo con lo siguiente, si soy aprobado(a) para participar en el programa de CityFHEPS:

1. Mi aviso de aprobación de CityFHEPS indicará la cantidad del Suplemento de Asistencia de Alquiler de CityFHEPS.
2. La HRA le pagará el Suplemento de Asistencia de Alquiler de CityFHEPS directamente al arrendador (o a la persona designada) cada mes.
3. Comprendo que la HRA pagará una cantidad por el Suplemento de Asistencia de Alquiler. Si recibo Asistencia en Efectivo, la HRA también podría pagarle a mi arrendador (o a la persona designada por mi arrendador) una asignación de albergue. Comprendo que **yo soy responsable de pagar la cantidad restante de mi alquiler.**
4. Estoy de acuerdo con solicitar todo crédito al cual tenga derecho. Estos créditos incluyen los beneficios públicos y los créditos de impuestos, tales como el Crédito de Impuesto por Ingreso Obtenido (EITC, por sus siglas en inglés), el Crédito de Impuesto Infantil (CTC, por sus siglas en inglés) y el Crédito de Impuesto por Cuidado Infantil (CCTC, por sus siglas en inglés). Para obtener ayuda para preparar los impuestos, visite la página www.nyc.gov/taxprep o llame al 311 y pida “ayuda para preparar los impuestos”.
5. Tengo que hacer el mayor esfuerzo para mantener mi vivienda.
6. Puedo obtener ayuda y referencias de la oficina local de Homebase u otro proveedor de servicio designado, para asuntos tales como la mediación entre el arrendador y el inquilino, y servicios para evitar el desalojo.
7. Todos los integrantes de mi hogar que sean elegibles para recibir Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés) deben recibirla.
8. Si mi hogar fuera elegible para recibir cualquier beneficio de vivienda federal o estatal, incluyendo la sección 8 o FHEPS, yo tengo que solicitar dichos beneficios y aceptarlos si son ofrecidos.
9. Si mi hogar es elegible para recibir albergue de la HRA, mi hogar no puede vivir con la(s) persona que causaron que mi hogar fuera elegible para recibir albergue de la HRA.
10. Tengo que obtener aprobación de la HRA antes de mudarme a un nuevo apartamento.
11. Estoy de acuerdo con llamar al 929-221-7246 para notificar prontamente a la HRA, si:
 - me mudo;
 - recibo documentos para ser desalojado(a);
 - hay cambio de arrendador o de la persona a quien le pago el alquiler o
 - me atraso con el pago del alquiler.
12. Si alquilo una habitación o una habitación de ocupación individual (SRO, por sus siglas en inglés) y tengo la intención de añadir al hogar a una persona menor de 18 años, le notificaré prontamente a la HRA llamando al 929-221-7246, para obtener ayuda para mudarme a un apartamento.

(Voltee la página)

13. Comprendo que CityFHEPS no puede ser combinado con ningún otro programa de asistencia de alquiler, excepto con la aprobación previa de la HRA.

14. Cooperaré plenamente con la ciudad en la administración del programa de CityFHEPS.

Lo que usted debe saber

- El arrendador o agente inmobiliario no puede rehusarse a aceptar CityFHEPS. El rehusarse a aceptar CityFHEPS puede constituir discriminación en base a la fuente de ingreso, conforme a la Ley de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York.
- Quedan prohibidos los tratos por separado con arrendadores y agentes inmobiliarios.
- Si el arrendador o agente inmobiliario rehúsa CityFHEPS o le propone un trato aparte, llame a la Unidad del DSS contra la Discriminación en base a la Fuente de Ingreso al **(929)-221-6576**.
- El vale de garantía de la HRA se considera pago de garantía. El arrendador o agente inmobiliario no debe exigirle a usted que pague ningún dinero adicional a la garantía.
- Los agentes inmobiliarios no deben exigirle a usted que pague ninguna comisión inmobiliaria adicional, puesto que el DSS está pagando la misma.
- Su arrendador no le puede forzar a mudarse a otra vivienda.
- Si la vivienda que usted inspeccionó inicialmente no es la misma que se le está ofreciendo a la hora de la mudanza, llame de inmediato a la Línea de Emergencia para Fraude de la HRA al 718-722-8001.

Firmas requeridas

He leído y comprendo esta Declaración de Entendimiento del Participante del Programa y estoy de acuerdo con sus condiciones.

Fecha Firma del solicitante del programa

He leído y comprendo esta Declaración de Entendimiento del Participante del Programa. Estoy de acuerdo con cooperar plenamente con la HRA en la Administración del programa CityFHEPS y con proporcionar información exacta sobre mis ingresos, y cualquier información adicional, cuando sea necesario. Estoy de acuerdo con la investigación para verificar o confirmar cualquier información que yo haya proporcionado en conexión con la administración de CityFHEPS por parte de la HRA.

Fecha Nombre del integrante del hogar Firma del integrante del hogar

Fecha Nombre del integrante del hogar Firma del integrante del hogar

Fecha Nombre del integrante del hogar Firma del integrante del hogar

(Voltee la página)

Los siguientes adultos integrantes del hogar no han firmado una copia de este acuerdo por la(s) siguiente(es) razón(es):

Nombre del administrador de caso o
especialista en vivienda

Nombre del administrador de caso o
especialista en vivienda

Fecha

El administrador de caso o especialista en vivienda confirma la información del integrante del hogar, indicada arriba.

SAMPLE
CityFHEPS es similar al programa Federal de la Sección 8 en el sentido de que, sujeto a la disponibilidad de fondos, provee asistencia, incluida asistencia de alquiler en determinadas cantidades, a los arrendadores e inquilinos que deseen establecer una relación mutua. Toda relación contractual se establecerá exclusivamente entre cada inquilino participante en el programa y el arrendador del inquilino que también participe en el programa.

¿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.



Human Resources
Administration

Department of
Homeless Services

**Department of
Social Services**

EIS-2 (E) 09/14/2018

Notice Date: _____

Participant Name: _____

Notice of Termination of Rental Assistance Supplement Payments

Dear Landlord,

As of _____, we will stop sending you SEPS or LINC rental assistance payments on behalf of your tenant, _____, residing at _____ . After this time, your tenant will be responsible for making full rent payments to you.

SAMPLE

If you have any questions about this notice, call 929-221-7246 to leave your name, number, and question.



Human Resources Administration

Department of Homeless Services

Department of Social Services

EIS-2a (E) 09/17/2018

Notice Date: _____

Participant Name: _____

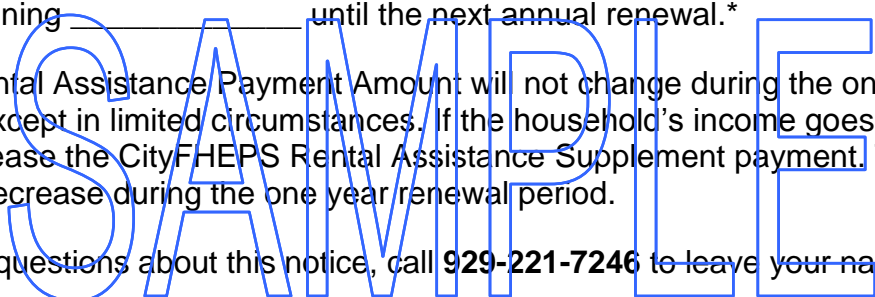
Notice of Intent to Renew to CityFHEPS for Landlords

We are writing to inform you that we have renewed the rental assistance supplement for the tenant listed above and enrolled them in a new program called CityFHEPS.

The City will pay the CityFHEPS Rental Assistance Payment Amount of \$ _____ per month beginning _____ until the next annual renewal.*

* The Rental Assistance Payment Amount will not change during the one year renewal period, except in limited circumstances. If the household's income goes down, the City may increase the CityFHEPS Rental Assistance Supplement payment. The payment will not decrease during the one year renewal period.

If you have any questions about this notice, call 929-221-7246 to leave your name, number, and question.



CityFHEPS is similar to the federal Section 8 program in that, subject to the availability of funding, it provides assistance, including rental assistance of specified amounts, to landlords and tenants who want to form a landlord-tenant relationship. Any contractual relationship will be solely between each tenant participating in the program and each tenant's landlord participating in the program.

CityFHEPS Packet Cover Sheet for EIS

Client's Information

Client's Name: _____ Cash Assistance Case #: _____
 Shelter Name: _____ Facility Code: _____
 Staff Contact: _____ Staff Phone #: _____
 Staff e-Mail: _____

Did you include the following mandatory documents?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DSS-7 or DSS-7b ("Shopping Letter") | <input type="checkbox"/> Deed/Proof of Ownership |
| <input type="checkbox"/> DSS-7a or DSS-7c ("Household Share Letter") | <input type="checkbox"/> DSS-8f or DSS-8g ("Landlord Statement of Understanding") |
| <input type="checkbox"/> Proof of last 30 days of Income (for everyone in the household 18+) | <input type="checkbox"/> Signed by managing agent or other authorized representative? If checked, |
| <input type="checkbox"/> W-137A Request for Emergency Assistance | <input type="checkbox"/> Proof of HPD Registration or Authorization |
| <input type="checkbox"/> EIS-1g Program Participant Agreement | <input type="checkbox"/> W-147N Security Voucher |
| <input type="checkbox"/> Lease or Agreement for 12 months | <input type="checkbox"/> HRA-146p Domestic Violence Action Form (if applicable) |
| <input type="checkbox"/> DSS-8b Tenant Contact Information | |
| <input type="checkbox"/> Shelter Residency Letter | |
| <input type="checkbox"/> Landlord W9 | |

SAMPLE

Check the rental type and associated forms included. Also check which landlord incentives apply, if any:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Room Rental? | <input type="checkbox"/> Apartment/SRO Rental? |
| <input type="checkbox"/> DSS-8d Room Allocation Form | <input type="checkbox"/> HRA-145 Unit Hold Incentive Voucher (apartments only) |
| <input type="checkbox"/> \$500 Veteran bonus for landlords | <input type="checkbox"/> Landlord bonus \$ _____ |
| | <input type="checkbox"/> CityFHEPS Rental Assistance Supplement |
| | <input type="checkbox"/> 3 months OR <input type="checkbox"/> 11 months |

If a Broker was used, did you include the following documents?

- HRA-121** Broker's Request for Enhanced Fee Payment by Check Broker License (if broker fee)

Comments: _____



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Telephone Number: _____

Center: _____

Notice to Report to Center

We have received information through our Automated Child Care Information System (ACCIS) that you are working as a child care provider. The income you earned must be budgeted for your Cash Assistance (CA) and Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits case.

We have scheduled the following appointment for you:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Location Name: _____

Location Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

SAMPLE

Travel Direction: Please call the MTA at **718-330-1234** or visit <http://www.mta.info>.

If you can no longer get CA benefits because of your income, you may be able to get transitional benefits. If you only want child care, you may be able to close your case and just get child care.

If you stopped working as a child care provider, bring a letter from child's parents who you provided care for. The letter must state the date that you stopped providing care.

This is a mandatory eligibility appointment. You must come to this appointment. If you do not come, we may lower or stop your benefits.

(Turn page)

What should you bring to the appointment?

- This letter
- A Photo ID / Medicaid card

Documents:

What if you need to reschedule this appointment?

If you cannot keep the appointment, please contact us before your appointment.



CALL:



FAX:



MAIL:

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.



Fecha: _____

Número de caso: _____

Nombre del caso: _____

Número de teléfono: _____

Centro: _____

Aviso para Presentarse al Centro

Hemos recibido información vía el Sistema de Información Automatizada de Cuidado Infantil (ACCIS, por sus siglas en inglés) de que usted está trabajando como proveedor de cuidado infantil. El ingreso que usted obtiene debe ser presupuestado para efectos de su caso de beneficios de Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés) y del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés).

Le hemos programado la siguiente cita:



Fecha de la cita: _____



Hora: _____



Teléfono: _____



Nombre del local: _____

Dirección del local: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

SAMPLE

Indicaciones de viaje: Favor de llamar a la MTA al **718-330-1234**

o visitar la página: <http://www.mta.info>.

Si ya no puede obtener beneficios de CA debido a su ingreso, usted podría recibir beneficios de transición. Si sólo desea los beneficios de cuidado infantil, usted podría cerrar su caso y sólo recibir el cuidado infantil.

Si usted ha dejado de trabajar como proveedor de cuidado infantil, traiga una carta de los padres para los cuales provea el cuidado. La carta debe indicar la fecha en que usted dejó de proveer el cuidado.

Esta cita de elegibilidad es obligatoria. Usted tiene que presentarse a esta cita. Si no se presenta, podemos reducir o parar sus beneficios.

(Voltee la página)

¿Qué debe traer a la cita?

- Esta carta
- Identificación con foto / tarjeta de Medicaid

Documentos:

¿Qué tal si necesita reprogramar esta cita?

Si no puede cumplir la cita, favor de comunicarse con nosotros antes de su cita.



LLAMAR:



**ENVIAR
POR FAX:**



**ENVÍAR
POR
CORREO:**

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.



Date: _____

Case Number: _____

Name: _____

Center Number: _____

Notice to Report Employment

When you report income from full-time or part-time employment, your family may qualify for benefits, such as: transitional child care, Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits, Medical Assistance, or other health insurance programs.

If you have a low-paying part-time job, our Career Services providers may be able to help you find a better paying job.

You must report your income **immediately!** To do this:

- **Fill out** and **sign** the Declaration of Employment form (**W-575T**) that was sent with this letter.
- **Give us your current paystubs** or proof of your current income, such as:
 - Statement of tips
 - Pay envelope
 - Letter from employer on letterhead with how much you make, how often you get paid, and the number of hours of work.

Here are three ways you can give us the proof:



Fax to 212-838-7278 or 212-838-7414



Mail copies using the envelope that was sent with this letter.



Bring them to your Center.

Congratulations on your job! We look forward to hearing from you soon.

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 de caso: _____

Nombre: _____

Número del centro: _____

Aviso para Declarar Empleo

Al usted declarar ingreso de un empleo a tiempo completo o parcial, su familia podría calificar para beneficios, tales como: cuidado infantil de transición, beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), Asistencia Médica u otros programas de seguro médico.

Si usted tiene un trabajo a tiempo parcial de baja paga, nuestros proveedores de servicios profesionales podrían ayudarle a encontrar un trabajo de mejor paga.

¡Usted debe declarar su ingreso **de inmediato!** Para eso:

- **Rellene y firme** la Declaración de Empleo (**W-575T [S]**) que se le envió con esta carta.
- **Proporciónenos sus talones de paga actuales** o prueba de su actual ingreso, como:
 - declaración de propinas
 - sobre de paga
 - carta de su empleador con membrete oficial que indique la cantidad que usted gana, la frecuencia de paga y el número de horas trabajadas.

He aquí tres maneras en las que usted nos puede prestar la prueba:



Envíe fax al 212-838-7278 o 212-838-7414



Envíe copias por correo en el sobre adjunto a esta carta.



Traiga la prueba a su centro.

¡Felicitaciones por su trabajo! Esperamos tener noticias suyas pronto.

¿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.

SAMPLE

HELP IS IN YOUR NEIGHBORHOOD

It is time for your Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) recertification.

Your SNAP recertification package is in the mail. Do you need help to submit your SNAP recertification form? You can get help from a Community Based Organization. For more information, please call one of your local CBOs listed on the page 3.

HAY AYUDA EN SU VECINDARIO

Es hora para la recertificación de sus beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Se le enviado un paquete de recertificación de SNAP por correo. ¿Necesita usted ayuda para presentar su formulario de recertificación de SNAP? Puede obtener ayuda de parte de una Organización Comunitaria. Para más información, favor de llamar a una de las Organizaciones Comunitarias listadas en la página 3.

ستجد المساعدة متاحة في الحي الذي تعيش فيه

لقد حان وقت إعادة إثبات أهليتك لبرنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP).

تم إرسال باقة إعادة إثبات أهليتك لبرنامج SNAP بالبريد. هل تحتاج إلى مساعدة لتقديم نموذج إعادة إثبات أهليتك لبرنامج SNAP؟ يمكنك الحصول على المساعدة من إحدى المنظمات المجتمعية. لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بإحدى المنظمات المجتمعية المحلية في منطقتك المدرجة في الصفحة 3.

আপনার এলাকাতাই সহায়তা পাবেন

আপনার সম্পূর্ণ গুটি সহায়তা প্রকল্পের (SNAP) পুনঃপ্রত্যয়নের সময় চলে এসেছে।

আপনার SNAP পুনঃপ্রত্যয়ন প্যাকেজ ডাকযোগে পাঠানো হয়েছে। আপনার SNAP পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্ম জমা দেওয়ার ক্ষেত্রে সাহায্যের প্রয়োজন? আপনি কমিউনিটি ভিত্তিক সংস্থা থেকে সহায়তা পেতে পাবেন। আরো তথ্যের জন্য অনুগ্রহ করে 3 নং পৃষ্ঠায় থাকা আপনার তালিকাভুক্ত স্থানীয় CBO-গুলির মধ্যে একটিতে ফোন করুন।

OBTENEZ DE L'AIDE PRÈS DE CHEZ VOUS

Il est temps pour vous d'obtenir votre recertification du Programme spécial de nutrition supplémentaire (SNAP).

Votre dossier de recertification SNAP vous a été envoyé. Avez-vous besoin d'aide pour envoyer votre formulaire de recertification SNAP ? Vous pouvez obtenir de l'aide auprès d'une organisation communautaire. Pour plus d'informations, veuillez appeler l'une des organisations communautaires proches de chez vous présentées à la page 3.

GEN ÈD NAN KATYE OU

Moman an rive pou re-konfimasyon w nan Pwogram Èd Nitrisyon Sipleman tè (SNAP)

Pake re-konfimasyon SNAP ou nan lèt ou resevwa pa lapòs. Èske w bezwen èd pou soumèt fòm re-konfimasyon SNAP ou? Ou kapab jwenn èd nan men yon Òganizasyon Kominotè (Community Based Organization, CBO). Pou jwenn plis enfòmasyon, tanpri rele youn nan CBO lokal ou yo ki endike nan paj 3.

지역 사회 내의 도움

보조 영양 지원 프로그램(SNAP) 재인증을 신청하실 때입니다.

우편으로 해당 SNAP 재인증 패키지가 귀하께 발송됩니다. SNAP 재인증 양식을 제출하는 데 도움이 필요하십니까? 지역사회의 단체에서 도움을 받으실 수 있습니다. 더 자세한 정보는 3페이지에 있는 현지 CBO 중 한 곳으로 문의하십시오.

POMOC JEST DOSTĘPNA W SĄSIEDZTWIE

Nadszedł czas ponownego potwierdzenia uprawnień do programu dodatkowej pomocy żywnościowej (SNAP).

Pakiet ponownego potwierdzenia uprawnień do programu SNAP znajduje się w wiadomości e-mail. Czy potrzebuje Pan(i) pomocy w przesłaniu formularza ponownego potwierdzenia uprawnień do SNAP? Istnieje możliwość uzyskania pomocy od organizacji społeczności lokalnej. Aby uzyskać więcej informacji, prosimy zadzwonić do jednej z działających organizacji CBO, które wymieniono na stronie 3.

ПОМОЩЬ В ВАШЕМ РАЙОНЕ

Наступил срок вашего переосвидетельствования для продолжения участия в Программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP).

Ваш пакет документов для переосвидетельствования по SNAP был направлен вам по почте. Вам нужна помощь в отправке форм для переосвидетельствования по SNAP? Вы можете получить помощь в местной общественной организации. Для получения подробной информации позвоните в одну из местных общественных организаций, перечисленных на стр. 3.

您附近的社区组织可提供协助

现在是您需要进行补充营养援助计划 (SNAP) 重新认证的时候了。

我们已将您的 SNAP 重新认证资料包邮寄给您。您是否需要协助提交您的 SNAP 重新认证表? 社区组织可助您一臂之力。如需更多信息, 请致电第 3 页所列的当地任一社区组织。

您附近的社區組織可提供協助

現在是您需要進行補充營養援助計畫 (SNAP) 重新認證的時候了。

我們已將您的 SNAP 重新認證資料包郵寄給您。您是否需要協助提交您的 SNAP 重新認證表? 您可以向社區組織尋求協助。如需更多資訊, 請致電第 3 頁所列的當地任一社區組織。

مدد آپ کے پڑوس میں موجود ہے
آپ کے تكملائی تغذیاتی امداد پروگرام (SNAP) کی تصدیق نو کا وقت آ گیا ہے۔

آپ کے SNAP کی تصدیق نو کا پیکج ڈاک میں ہے۔ کیا آپ کو SNAP کی تصدیق نو کا اپنا فارم جمع کروانے میں مدد درکار ہے؟ آپ کمیونٹی پر مبنی تنظیم سے مدد حاصل کر سکتے ہیں۔ مزید معلومات کے لیے، براہ کرم صفحہ 3 پر مندرج اپنے مقامی CBOs میں سے ایک سے رابطہ کریں۔

BRONX

SAMPLE

BRONX

SAMPLE

BROOKLYN

SAMPLE

BROOKLYN

SAMPLE

MANHATTAN

SAMPLE

MANHATTAN

SAMPLE

QUEENS and STATEN ISLAND

SAMPLE

QUEENS and STATEN ISLAND

SAMPLE

Expiration Date: _____

Potential Eligibility for Family Homelessness and Eviction Prevention Supplement (FHEPS)

_____ is potentially eligible for the FHEPS program, subject to her/him locating an apartment and final approval of her/his FHEPS application.

The FHEPS program helps eligible families secure permanent housing. Landlords agreeing to rent to FHEPS clients will receive the full first month's rent in advance plus the next three (3) months FHEPS rent supplement, as well as a \$4,300 lease signing bonus. Landlords may also request a reservation incentive equal to one month's rent, if they agree to hold the apartment for 30 days. Brokers may receive a broker's fee of up to 15% annual rent.*

* The signing bonus and 15% broker's fee are available through June 30, 2019.

The maximum rent is \$ _____.

SAMPLE

<p>The following completed documents are required from landlords:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Signed lease or agreement in writing to rent apartment for one year 2. Security Voucher (W-147n) 3. Landlord's W-9 (needed to receive \$4,300 landlord bonus) 4. Unit Hold Incentive Voucher (HRA-145), if requested 	<p>If a broker's fee is requested, the following completed documents are also required:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Landlord/Managing Agent's Statement (W-147m) 2. Broker's Request for Enhanced Fee Payment by Check (HRA-121) 3. Copy of broker's license
--	--

For more information on the FHEPS program please visit www.nyc.gov/hra.

If you have any questions, please contact _____.
 (Contact Name and Number)

CA#: _____

CARES # (if applicable): _____

Fecha de vencimiento: _____

Posible Elegibilidad para el Suplemento de la Prevención de Desalojo y Familias sin Vivienda (FHEPS)

Es posible que _____ sea elegible para el programa de FHEPS, a condición de que ubique un apartamento y la aprobación final de su solicitud de FHEPS.

El programa de FHEPS ayuda a las familias elegibles a conseguir vivienda permanente segura. Los arrendadores que acuerden alquilar a los clientes de FHEPS recibirán por adelantado el alquiler total del primer mes, más el suplemento de alquiler de tres (3) meses de FHEPS, al igual que un bono de \$4,300 por firmar el contrato de alquiler. Además, los arrendadores pueden solicitar incentivo de reserva que equivalga al alquiler de un mes, si acuerdan reservar el apartamento por hasta 30 días. Los agentes inmobiliarios podrían recibir una comisión de agente de hasta el 15% del alquiler anual.*

**El bono por la firma y la comisión del agente del 15% están disponibles hasta el 30 de junio de 2019.*

El alquiler máximo suma \$ _____.



Es necesario que los arrendadores presenten los siguientes documentos rellenos:	En caso de que se solicite comisión del agente, es necesario además presentar los siguientes documentos rellenos:
1. Contrato de alquiler o acuerdo por escrito de alquilar el apartamento por un año, ambos firmados 2. Security Voucher (W-147n) 3. El W-9 del arrendador (necesario para recibir el bono del arrendador de \$4,300) 4. Unit Hold Incentive Voucher (HRA-145), si se solicita	1. Landlord/Managing Agent's Statement (W-147m) 2. Broker's Request for Enhanced Fee Payment by Check (HRA-121) 3. Una copia de la licencia del agente

Para más información sobre el programa de FHEPS, por favor visite www.nyc.gov/hra.

Ante cualquier pregunta, por favor comuníquese con _____
 (Nombre y número de contacto)

Núm. de CA: _____

Núm. de CARES (si corresponde): _____

Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) Fact Sheet for Landlords

What is the Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS)?

- FHEPS is a rent supplement for families who are moving from homeless shelters to stable housing, or who are in danger of losing their current housing.
- FHEPS helps ensure low-income NYC families can afford stable housing while landlords are compensated fairly.
- If you house a FHEPS tenant, you will receive rent payments directly from the New York City Human Resources Administration (HRA)
 - Part of the rent will be covered by the FHEPS supplement and part by the tenant's Cash Assistance shelter allowance.
 - If the tenant also has income, they will also pay a portion of their income as rent.

What are the two types of FHEPS?

The two types of FHEPS are:

- *FHEPS to Stay* – lets families stay in the home they currently live in. In addition to paying a rent supplement going forward, FHEPS to Stay can cover up to \$9,000 in rent arrears, and more in some cases.
- *FHEPS to Move* – lets families move to a different home if:
 - they have already lost their home.
 - they cannot stay in their current home.

What are the benefits to a landlord of having FHEPS tenants?

- Under FHEPS to Move, you will receive the first month's rent in full, plus the next three months' rent supplement up front, as well as a security voucher.
- You will receive regular rent supplement payments from HRA **for up to five years**, and more if the tenant qualifies for an extension.
- If the family is leaving shelter (and only if the family is leaving shelter), the following will also be available:
 - A \$4,300 bonus.
 - A Unit Hold payment. A Unit Hold payment is an additional month's rent where a landlord agrees to accept a client and not lease the unit to anyone else during a 30-day period. Payment will not be made until lease signing or when the client moves in.
 - An enhanced broker fee of up to 15% of the annual rent.
- Under FHEPS to Stay, if you currently have a tenant with rent arrears who may be evicted, you can receive a payment of up to \$9,000 to cover the accrued rent arrears if they are approved for FHEPS.
 - Families do not have to be the tenants of record as long as they resided in the apartment when the arrears accrued.
 - Under some circumstances rent arrears payments may be issued for amounts greater than \$9,000 if it will keep a family in housing that will be stable and affordable going forward.
 - Decisions about payments greater than \$9,000 will be made on a case-by-case basis at the discretion of HRA and/or the State of New York.

What is the maximum rent for apartments FHEPS tenants can lease?

FHEPS Program Maximum Rent Chart						(as of October 2018)
Family Size	1	2	3	4	5	
Max Rent	\$1,246	\$1,303	\$1,557	\$1,557	\$2,010	
Family Size	6	7	8	9	10	
Max Rent	\$2,010	\$2,257	\$2,257	\$2,600	\$2,600	
<i>These maximum rents are available for FHEPS to Move cases. The tenant must be moving to a new apartment. The maximum available rent for FHEPS to Stay cases may be lower.</i>						

How much will I receive from the supplement?

The amount of a household's FHEPS rent supplement will depend on household income, the number of people in the household, and the current FHEPS program maximum rent and maximum FHEPS supplement amounts, which are indexed to the annual rent adjustments of the NYC Rent Guidelines Board. The amount of the household's FHEPS rent supplement is decided when the household's FHEPS application is approved by HRA.

The FHEPS rent supplement **may change** if:

- the number of people on a tenant's Cash Assistance case changes.
- the household's shelter allowance changes because of budgeting rules for Cash Assistance.
- the income of household members not on the Cash Assistance case changes.
- The NYC Rent Guidelines Board announces a rent adjustment to one-year lease renewals in rent-stabilized apartments.

The FHEPS rent supplement amount **will stop** if the tenant no longer has:

- a Cash Assistance case.
- a child under 18 years of age **OR** under 19 years of age who is a full-time student regularly attending a secondary school or the equivalent level of vocational or technical training.

In many but not all cases, once a household is enrolled in the FHEPS Rent Supplement Program, their entire rent will generally be paid to you through the shelter allowance on their household's Cash Assistance case and the FHEPS rent supplement amount.

How do I participate in the FHEPS program?

If you are a landlord or broker, please contact a Home Support Specialist with the Public Engagement Unit at **929-221-0047** or visit <http://nyc.gov/homesupportunit> to discuss how you can lease apartments with rental assistance programs.

Once I have a tenant in the FHEPS program, what resources are available if I need help?

HRA's Rental Assistance Call Center, reachable at 929-221-0043, can help both landlords and tenants with program information, payment inquiries, and aftercare referrals for tenants.

Are there any additional FHEPS requirements?

- In situations where the household leaves an apartment due to an eviction or move, you are required to notify HRA and return any overpayment.
- **Side Deals with Clients are Prohibited:** "Side deals," i.e., charging more than the rent amount set forth in the lease, is strictly prohibited. Your tenant will be responsible for paying any difference between the rent and the sum of the shelter allowance and the FHEPS supplement. You are not allowed to ask the tenant to pay you any more than this.

The information in this program description provides a general overview of the FHEPS rent supplement program. It is not intended to provide full details concerning the operation of the program.

SAMPLE

IMPORTANT NOTICE

Important Notice: If you need help reading this notice, contact your worker.

Aviso importante: Si necesita ayuda para leer este aviso, comuníquese con su trabajador(a) de casos.

**إخطار هام: إذا احتجت إلى مساعدة في قراءة هذا الإخطار،
خاطب مسؤول ملفك.**

**重要通知：如需幫助閱讀此通知，請與您的
個案負責人接洽。**

**Avis important: Si vous avez besoin d'assistance pour lire
cet avis, veuillez contacter votre travailleur.**

**Avi enpòtan. Si w bezwen èd pou li avi sa a, antre an
kontak ak travayè w la.**

**중요한 통지서: 이 통지서를 읽는데 도움이 필요하시면,
담당 직원에게 연락하십시오.**

**Важная информация. Если при чтении этого
извещения у Вас возникнут трудности, обратитесь к
сотруднику, ведущему Ваше дело.**

**Thông báo quan trọng. Nếu cần được giúp đỡ để đọc bản thông
báo này, xin liên lạc với nhân viên xã hội của quý vị.**

**וויכטיגע מעלדונג איז: אויב איר דארפט הילף צו לייענען די
מעלדונג, פארבינדט זיך מיט אייער ארבעטער.**

ACTION TAKEN ON YOUR SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) BENEFITS CASE (NYC)

NOTICE DATE:		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE			
CASE NUMBER	CIN NUMBER	GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP ----- OR Agency Conference _____ Fair Hearing information and assistance _____ Record Access _____ Legal Assistance information _____			
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS					
OFFICE NO.		UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NO.

The action(s) taken on your application/recertification request for SNAP Benefits dated _____ is explained below, next to the checked box(es)

If you do not use your SNAP benefit account for a period of 365 consecutive days, any SNAP benefit remaining in the account that is at least 365 days old will be expunged (removed) from the account. Expunged SNAP benefits cannot be reissued.

- APPROVED** for SNAP benefits from _____ to _____ for [names(s)] _____
- You will get \$ _____ for the month of _____ because we must figure your first month's benefit from:
 - The date you applied to the end of the month. You may access your benefit on _____.
 - The latest date you provided proof we needed. This is because you gave us proof after it was due. You may access your benefit on _____.
 - You will get \$ _____ which is a combined benefit for the months of _____ and _____. This is because you applied/provided proof after the 15th of the month. Your first month's benefit of \$ _____ was figured from the date you applied/provided proof to the end of the month. Your second month's benefit of \$ _____ is for the entire month. You may access your combined benefit on _____.
 - Beginning _____ you will get \$ _____ monthly in SNAP benefits. You may access these benefits on the _____ day of each month.
 - Beginning _____ you will get \$ _____ monthly in SNAP benefits. You may access these benefits of the _____ day of each month.
 - So you could get SNAP benefits right away, we calculated your benefit without all the necessary proof. Listed here is the proof you still need to provide: _____
 You will **not** be able to get SNAP benefits in the future unless you provide this proof. This proof will be used to determine the SNAP benefits you can get. If your SNAP benefits change or your household is determined ineligible for SNAP benefits due to this proof, you will **not** be notified.
 - If you applied for Public Assistance and are approved, your SNAP benefits might go down or might stop. If this happens, you will not get a notice about your SNAP benefits.
 - Animal Population Control Program (APCP)** – If you are approved for SNAP benefits, the New York State Department of Agriculture and Markets has a program that can help pay to have your dog or cat spayed/neutered. Through the animal population control program, eligible people can have their cat or dog spayed/neutered for \$20.00. This notice entitles you to participate in the program. To receive an application voucher for this program, call 1-866-402-0666.
 - Other Information: _____

- DENIED** for SNAP for the following individuals:
- Name(s): _____ Reason(s): _____
- Name(s): _____ Reason(s): _____
- Name(s): _____ Reason(s): _____
- You did not give us the proof we need to see if you can get SNAP benefits. If you give us this proof we listed above by _____, you will not have to reapply. After that date, you will have to reapply.

The above decision(s) is based on 18 NYCRR _____

BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:
-------	----------	--------------

DOCUMENTS NEEDED

OVERPAYMENT INFORMATION (check all that apply)

We are establishing a SNAP benefits overpayment because you or your household got more in SNAP benefits than you should have. See the Demand Letter (and also, if your case is closing, the Repayment Agreement) for more information on this overpayment. **This decision is based on 18 NYCRR 387.19.**

You currently have a SNAP benefits overpayment. If your case is closing, see the Demand Letter and Repayment Agreement for more information on the amount you owe and how you will repay this overpayment.

The benefit in Section 3 above reflects a _____% reduction (recoupment) of \$ _____ in your benefits in order to repay your overpayment. **This decision is based on 18 NYCRR 387.19.**

The benefit in Section 4 above reflects a _____% reduction (recoupment) of \$ _____ in your benefits in order to repay your overpayment. **This decision is based on 18 NYCRR 387.19.**

Other: _____

National School Lunch and/or Breakfast Programs – The child(ren) listed below are approved to receive free lunch and/or breakfast if he or she attends a school that participates in the National School Lunch and/or Breakfast Programs. To receive this benefit, you must take or send a copy of this notice to the school that your child attends.

This notice also entitles your child(ren) to free meals if they attend a program such as school, club or camp that participates in the Summer SNAP. Make a copy for your records so you can provide it to the sponsor.

List Child(ren)'s name(s):

- Responsibility to Report Changes - See the enclosed LDSS-3151: "SNAP Change Report Form" for information on when to report changes.
- If you were denied SNAP benefits, please tell this agency if you are later approved for Supplemental Security Income (SSI) or Family Assistance (FA), since this may mean you can get SNAP benefits.
- Although you may no longer be able to get Public Assistance, SNAP benefits or Medical Assistance, you still may be able to get help with your heating costs by applying for the Home Energy Assistance Program (HEAP). You can get more information on HEAP by calling the general telephone number on the **front** of this notice.

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:
-------	----------	--------------

CONFERENCE AND FAIR HEARING SECTION – DO YOU THINK WE ARE WRONG?

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

The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) policy issuances and manuals are posted on the OTDA website at otda.ny.gov/legal. These 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. In addition, upon request to your local social services district, specific OTDA policy issuances and manuals will also be available to assist you or your representative.

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

1. CONFERENCE (informal meeting with us) – If you think our decision was wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a meeting. To do this, call the conference phone number on the **front** of this notice **or** write to us at the address on the **front** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. We encourage you to do this even when you have asked for a fair hearing.

2. STATE FAIR HEARING – You have **90** days from the date of this notice to ask for a fair hearing.

HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING: You can ask for a fair hearing by:

Mail: Send a copy of the entire notice *completed* to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Please keep a copy for yourself.

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Phone: 800-342-3334 (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL.)

Walk-In: Bring a copy of this entire notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn, New York.

Fax: Fax a copy of the front and reverse of this notice to (518) 473-6735 or

Online: Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/bah/forms.asp>.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, fax or walk-in, please write to ask for a fair hearing before the deadline.

WHAT TO EXPECT AT A FAIR HEARING: The State will send you a notice that tells you when and where the fair hearing will be held.

At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

At the hearing, you and your lawyer or other representative will have a chance to explain why we are wrong and a chance to give the hearing officer written papers that explain why we are wrong.

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements.

At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

LEGAL ASSISTANCE: If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. For the names of other lawyers, check your 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 file. 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 other 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, or fax (718) 722-5018 or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**.

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a fair hearing, how to see your file, or how to get additional copies of documents, call us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

IMPORTANT NOTICE

Important Notice: If you need help reading this notice, contact your worker.

Aviso importante: Si necesita ayuda para leer este aviso, comuníquese con su trabajador(a) de casos.

**إخطار هام: إذا احتجت إلى مساعدة في قراءة هذا الإخطار،
خاطب مسؤول ملفك.**

**重要通知：如需幫助閱讀此通知，請與您的
個案負責人接洽。**

**Avis important: Si vous avez besoin d'assistance pour lire
cet avis, veuillez contacter votre travailleur.**

**Avi enpòtan. Si w bezwen èd pou li avi sa a, antre an
kontak ak travayè w la.**

**중요한 통지서: 이 통지서를 읽는데 도움이 필요하시면,
담당 직원에게 연락하십시오.**

**Важная информация. Если при чтении этого
извещения у Вас возникнут трудности, обратитесь к
сотруднику, ведущему Ваше дело.**

**Thông báo quan trọng. Nếu cần được giúp đỡ để đọc bản thông
báo này, xin liên lạc với nhân viên xã hội của quý vị.**

**וויכטיגע מעלדונג איז: אויב איר דארפט הילף צו לייענען די
מעלדונג, פארבינדט זיך מיט אייער ארבעטער.**

ACCIÓN ADOPTADA EN SU CASO DE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) (NYC)

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN: CASO NÚMERO NÚMERO DE CIN NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA

Nº DE OFICINA Nº DE UNIDAD Nº DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A) DE CASOS Nº DE TELÉFONO

La(s) decisión/decisiones tomada(s) con respecto a su solicitud / revalidación de beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, siglas en inglés) de fecha se explica(n) a continuación, al lado de la(s) casilla(s) marcada(s) así .

Si usted no utiliza los beneficios acreditados a la cuenta del subsidio SNAP por un periodo de 365 días consecutivos, todo beneficio remanente en la cuenta con un periodo, de por lo menos, de 365 días de antigüedad será extraído (eliminado) de la cuenta. Los beneficios extraídos de la cuenta del subsidio SNAP no se pueden volver a remitir.

- APROBADA la petición del subsidio SNAP a partir del hasta el para (nombre [s])
1. Usted recibirá \$ correspondientes al mes de porque debemos calcular su primer mes de beneficios desde:
1a. La fecha en que solicitó el beneficio hasta fin de mes. Puede disponer de este beneficio el día
1b. La última fecha en la que entregó la prueba que necesitábamos. Debido a que nos entregó la prueba una vez vencido el plazo. Puede disponer de este beneficio el
2. Usted recibirá un beneficio combinado de \$ correspondiente a los meses de y La razón es porque solicitó / presentó el comprobante después del 15avo día del mes. El beneficio de \$ por el primer mes se calculó desde la fecha en que usted presentó la solicitud o la prueba, hasta fin de mes. El beneficio de \$ del segundo mes corresponde al mes entero. Puede disponer de este beneficio combinado el día
3. A partir del usted recibirá \$ mensuales en beneficios de SNAP. Puede disponer de estos beneficios el día de cada mes.
4. A partir del usted recibirá \$ mensuales en beneficios de SNAP. Puede disponer de estos beneficios el día de cada mes.
5. Hemos calculado la cantidad de beneficios de SNAP que usted recibirá sin tener todas las pruebas necesarias, con el fin de que usted los reciba inmediatamente. A continuación le indicamos las pruebas pendientes por presentar:

Usted no podrá obtener beneficios de SNAP en el futuro a menos que presente esta prueba. Dicha prueba nos ayudará a calcular la cantidad de beneficios de SNAP que usted recibirá. Si sus beneficios de SNAP cambian o si se determina que su hogar no reúne los requisitos para recibir beneficios de SNAP según esa prueba, usted no será notificado al respecto.

- Si solicita Asistencia Pública y se le aprueba, sus beneficios de SNAP podrían disminuir o suspenderse. De ser así, no recibirá aviso sobre sus beneficios de SNAP.
Programa de control de población animal (APCP) - si se le aprueba para recibir el subsidio SNAP, el Departamento de Mercados y Agricultura del Estado de Nueva York, ofrece un programa que le ayuda a pagar por la esterilización / castración de su perro o gato. Por medio de este programa, puede esterilizar o castrar su perro o gato por una cuota de \$20. Si esta notificación le indica que usted puede recibir beneficios, una copia de esta notificación es comprobante de que usted puede participar en ese programa. Si desea recibir una solicitud de pagaré, llame al 1-866-402-0666.
Otros datos:

RECHAZADA para las siguientes personas:
Nombre: Motivo(s):
Nombre: Motivo(s):
Nombre: Motivo(s):

Usted no nos presentó la prueba necesaria para determinar si puede recibir el subsidio SNAP. Si nos presenta el comprobante indicado arriba para el, no tendrá que volver a someter una solicitud. Después de esa fecha, tendrá que volver a presentar una solicitud.

La(s) decisión / decisiones anterior(es) se basa(n) en 18 NYCRR

BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

NOMBRE:	DOMICILIO:	CASO NÚMERO:
---------	------------	--------------

DOCUMENTOS NECESARIOS

INFORMACIÓN SOBRE PAGOS EXCESIVOS(marque todo lo que corresponda)

Se ha determinado que se hizo un pago excesivo de beneficios de SNAP, dado que usted o su hogar, recibieron un monto superior al que correspondía. Si desea información adicional sobre el pago excesivo, consulte la Carta de Reclamo (y además, si su caso está por cerrarse, el Acuerdo de Devolución de Pagos). **Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.**

Usted tiene abierto un caso por pago excesivo de beneficios de SNAP. Si su caso está por cerrarse, consulte la Carta de Reclamo y el Acuerdo de Devolución de Pagos para informarse sobre la deuda y las modalidades de pago.

La cantidad indicada en la Sección 3 arriba, refleja una reducción (recobro) del _____% equivalente a \$ _____ en sus beneficios con motivo de reintegrar el pago en exceso. **Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.**

La cantidad indicada en la Sección 4 arriba, refleja una reducción (recobro) del _____% reduction (recoupment) of \$ _____ in your benefits in order to repay your overpayment. **Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.**

Otro: _____

Programas nacionales de almuerzos o desayunos – El niño o los niños que se mencionan a continuación están aprobados para recibir almuerzo y/o desayuno gratis si asisten a una escuela que participa en el programa nacional de desayunos o almuerzos. Para que usted pueda recibir este beneficio, debe traer o enviar esta notificación a la escuela a la que asiste su hijo.

Esta carta también permite que su hijo(a) tenga derecho a recibir comidas gratis si participa en una actividad escolar, club o campamento y dicho programa es parte del Programa Veranero de Comidas. Quédese con una copia de esta notificación en caso de que tenga que mostrársela al patrocinador.

Escriba a continuación el nombre o los nombres de los niños:

- Responsabilidad de Informar Cambios – Consulte el adjunto LDSS-3151-SP: «Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria: Formulario para Informar Cambios».
- Si se le negó el subsidio SNAP, favor de informar a esta agencia si en un futuro recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Asistencia para Familias (FA), ya que dichos beneficios pueden habilitarlo para recibir el subsidio SNAP.
- Aunque usted ya no reciba Asistencia Pública, subsidio SNAP o Asistencia Médica, podría recibir ayuda con los gastos de calefacción si lo solicita del Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Si desea información acerca del programa HEAP, llame al número de teléfono general que aparece al anverso de este aviso.

NOMBRE:	DOMICILIO:	CASO NÚMERO:
---------	------------	--------------

CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES - ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?

Si cree que nuestra determinación es incorrecta, solicite una revisión. Corregiremos nuestro error. Usted puede tomar ambas medidas, 1 y 2.

Los manuales y publicaciones sobre políticas de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (OTDA) se encuentran publicadas en el sitio web de OTDA: otda.ny.gov/legal. Estas publicaciones y manuales están a su disposición o la disposición de su representante con el fin de ayudarlo a determinar si debería o no solicitar una audiencia imparcial o con el fin de ayudarlo a prepararse para una audiencia imparcial. Además, si lo solicita de su oficina de servicios sociales de distrito, publicaciones específicas de OTDA sobre políticas y manuales también estarán a su disposición o a la disposición de su representante con el fin de asistirle.

1. Solicite una reunión informal con nosotros 2. Solicite una audiencia imparcial estatal.

- 1. CONFERENCIA**(reunión informal con nosotros) – si cree que nuestra determinación es incorrecta o si no entiende nuestra decisión, sírvase llamar para concertar una reunión. Llame al número de conferencias que aparece en el anverso de este aviso o escribanos a la dirección que aparece en esa misma página. En algunos casos, ésta es la forma más rápida de resolver este tipo de problemas. Le recomendamos hacerlo, aunque haya solicitado una audiencia imparcial.
- 2. AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL**– usted tiene **90 días** a partir de la fecha de este aviso para solicitar una audiencia imparcial.

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: maneras de solicitar una audiencia imparcial:

Por correo: envíe todas las partes *rellenadas* de esta notificación a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Favor de quedarse con una copia.

- Deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la decisión de la agencia. (Puede explicar a continuación por qué no está de acuerdo, aunque no tiene que incluir una explicación por separado).

Por teléfono: 800-342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTE AVISO CUANDO LLAME)

En persona: traiga una copia de todas las partes de esta notificación a: New York State Office of Temporary and Disability Assistance ubicada en el 14 Boerum Place, Brooklyn, New York.

Por fax: envíe por fax una copia del anverso y reverso de este aviso al: (518) 473-6735 o

Por internet: rellene una petición electrónica en el siguiente sitio: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

Si no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por fax o en persona, favor de solicitar por escrito una audiencia imparcial antes del vencimiento del plazo.

LO QUE SUCEDE EN UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: el Estado le enviará un aviso informándole cuando y dónde se realizará la audiencia imparcial.

En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué cree que nuestra decisión es incorrecta. Puede traer consigo a un abogado, a un familiar o a un(a) amigo(a), o a alguien más que pueda ayudarlo a exponer su caso. Si no puede presentarse, puede enviar a otra persona en su representación. Si la persona que lo representará no es un abogado, debe entregarle a esta persona una carta, dirigida al funcionario de audiencias, en la que usted declara que desea que dicha persona lo represente en la audiencia.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante, tendrán la oportunidad de explicar el porqué de nuestra equivocación, como también la oportunidad de presentar, ante el funcionario de audiencias, documentos que demuestren nuestra equivocación.

Con el fin de ayudarlo a exponer el motivo de nuestra equivocación, le sugerimos presentar testigos que puedan avalar su caso. También, le sugerimos presentar documentos tales como: comprobantes de pagos salariales, contrato de alquiler, recibos, cuentas médicas, etc.

Durante la audiencia, usted y su abogado u otro representante, podrán interrogar a nuestros testigos, o a los que usted presente para avalar su caso.

ASISTENCIA LEGAL: si cree que necesita representación legal en la resolución de este problema, puede obtener los servicios de un abogado, sin costo alguno, comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) u otra asociación de defensa legal de su localidad. Puede encontrar los nombres de otros abogados en las páginas amarillas, bajo «Abogados» (“Lawyers”).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: en preparación para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama, nos escribe o nos envía un fax, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos contenidos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe o manda un fax, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llámenos al (718) 722-5012, o al número de fax (718) 722-5018 o mande una carta a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.**

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente los solicita.

INFORMACIÓN: si desea información adicional sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos al número de teléfono señalado en el anverso de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.

ACTION TAKEN ON YOUR APPLICATION: PART A
PUBLIC ASSISTANCE, SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP)
AND MEDICAL ASSISTANCE COVERAGE (NYC)

NOTICE DATE:		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE			
CASE NUMBER	CIN NUMBER				
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS					
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NO.	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>			GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP _____		
			OR Agency Conference _____		
			Fair Hearing information and assistance _____		
			Record Access _____		
			Legal Assistance information _____		

The action(s) taken on your application dated _____ is explained below and on Part B, next to the checked box(es) :

SEE PART B FOR SNAP BENEFITS AND FAIR HEARING INFORMATION.

PUBLIC ASSISTANCE

ACCEPTED for the period from _____ to _____
for [name(s)] _____.
You will get \$ _____, which will cover the period from _____ to _____. After this you will get \$ _____.

The above grant is based on a reduced budget because:

_____ failed without good cause to cooperate with the Office of Child Support Enforcement (OSCE) on _____ by _____ [18NYCRR 352.3(d)].
To lift this sanction, call _____. **Read the detailed instructions on the back of this notice.**

_____ failed to comply with the following drug/alcohol treatment requirement(s) [18NYCRR 351.2(i)]:

screening assessment rehabilitation

or, has not provided consent or revoked consent to disclose treatment information to the agency.

A RECOUPMENT at the rate of _____ percent (%) is being taken against your Public Assistance. The reason for this recoupment is: _____
_____. If you believe the recoupment at this rate will cause your family an undue hardship, you should contact your worker to explain your reason. An undue hardship means that a person does not have enough income to eat, to pay for shelter or utilities, to get necessary clothing, to buy general items of need, or to pay for medical needs not covered by Medical Assistance. Your Worker will let you know what kind of proof you will need to show that the recoupment at this rate will cause an undue hardship. If we decide that the recoupment will cause an undue hardship, the recoupment rate will be changed to a rate between 5 and 10%. The recoupment rate must be at least 5%. This decision is based on 18 NYCRR 352.31(d).

DENIED for the following individuals:
If **ALL** is listed in the first **Name(s)** field, every member of your household was **DENIED** for the same stated **Reason(s)**.

Name(s): _____ Reason(s): _____

Name(s): _____ Reason(s): _____

Name(s): _____ Reason(s): _____

Name(s): _____ Reason(s): _____

The above decision(s) is based on 18 NYCRR _____.

Enclosure

BE SURE TO READ THE BACK OF PART B FOR YOUR RIGHTS ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.

DISTRIBUTION: White - CLIENT/FAIR HEARING COPY

Yellow - CLIENT COPY

Pink - AGENCY COPY

DOCUMENTS NEEDED

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

MEDICAL ASSISTANCE

ACCEPTED for Medical Assistance effective _____ for [name(s)] _____

ACCEPTED for Medical Assistance with a SPENDDOWN, effective _____ for [name(s)] _____
 Your total monthly income is \$ _____. Your total monthly deductions are \$ _____. The difference between these figures is your monthly net income for Medical Assistance. This is \$ _____. The allowable income standard for a family household your size is \$ _____. The difference between your net income and this standard (\$ _____) is your monthly excess income (18 NYCRR 360-4.8). The enclosed letter explains eligibility under the Excess Income Program and Optional Pay-In Program.

DENIED Medical Assistance effective _____ for [name(s)] _____ because _____
 In the event that you are hospitalized, you may be eligible for Medical Assistance and should contact this Department.

PENDED

- We do not have enough information to decide your eligibility under the Medical Assistance program. Please contact us no later than _____ at _____ so we can tell you the information we need.
- Your application for Medical Assistance is being reviewed. We will send you our decision within thirty days.
- Not applying for Medical Assistance. You did not indicate on the application that you wanted to apply for Medical Assistance.

OTHER _____

This above decision(s) is based on _____.

To Lift a Sanction for Non-cooperation with a Child Support Requirement

A sanction for non-cooperation with a child support requirement is open ended and will continue until _____ contacts the Child Support Enforcement Unit and cooperates.
 When _____ contacts the Child Support Enforcement Unit, he or she will be told what action(s) must be taken to end the sanction. The sanction will end when he or she takes the required action(s).
 If _____ did not cooperate but now wants to report a good reason for not cooperating with child support he or she should call _____.

Some examples of a good reason for not cooperating with child support are:

- fear of emotional or physical harm to you or the children in your family; or,
- the child was born due to rape or incest; or,
- the child is freed for adoption; or, you are now being assisted by an agency to determine whether to put the child up for adoption and discussions have not gone on for more than three months.

To find out more information about how to end the sanction, call _____.

- Social Services can give you education and counseling about birth control and can assist you in getting medical care to help you plan for your desired family or to prevent unwanted pregnancies. Even if your application for Public Assistance or Medical Assistance was denied, Social Services may provide information and education about family planning for up to 90 days from the date you applied. For further information, please contact your services worker or call the general phone number on the front of this notice.
- If you know of children under the age of 19 who do not have health care coverage, call 1-800-698-4543 to learn about Child Health Plus coverage.
- Regulations require that you immediately notify this Department of any changes in needs, income, resources, living arrangements or address.
- Although you may no longer be able to get Public Assistance, SNAP Benefits or Medical Assistance, you still may be able to get help with your heating costs by applying for the Home Energy Assistance Program (HEAP). You can get more information on HEAP by calling the general telephone number on the front page of this notice.

SEE THE BACK OF PART B
FOR YOUR CONFERENCE AND FAIR HEARING RIGHTS.

ASISTENCIA PÚBLICA, PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) Y COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA (NYC)

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
CASO NÚMERO	NÚMERO DE CIN			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo, si está presente) Y DOMICILIO				
N° DE OFICINA	N° DE UNIDAD	N° DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A) DE CASOS	N° DE TELÉFONO
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____		
		O Conferencia con la Agencia _____		
		Audiencias Imparciales Información y Asistencia _____		
		Acceso a los Archivos _____		
		Información sobre Asistencia Legal _____		

La(s) decisión(es) tomada(s) sobre su solicitud de fecha _____ se explica(n) abajo y en la Parte B, al lado de los casilleros marcados así :

LA PARTE B CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA SNAP Y SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE AUDIENCIA IMPARCIAL.

ASISTENCIA PÚBLICA

ACEPTADA para el período entre el _____ y el _____ para [nombre(s)] _____.

Usted recibirá \$ _____ para cubrir el período que va desde _____ hasta _____. De ahí en adelante recibirá \$ _____.

El subsidio mencionado arriba se basa en una reducción presupuestaria porque:
 _____ no dio motivo justificado para rehusarse a cooperar con la Unidad de Cumplimiento de Sustento de Menores (OSCE) el _____ por _____ [18NYCRR 352.3(d)]:

Para levantar esta sanción llame al _____ Lea las instrucciones detalladas en la parte de atrás.

_____ failed to comply with the following drug/alcohol treatment requirement(s) [18NYCRR 351.2(i)]:
 selección evaluación rehabilitación

o bien, No ha provisto o rechazado un consentimiento para que se revele a esta agencia información relativa al tratamiento.

Se realizará un REINTEGRO del _____ por ciento (%), que se le deducirá de su Asistencia Pública. El motivo de este recobro es el siguiente: _____ Si considera que esta deducción ocasionará privaciones a su familia, le sugerimos comunicarse con la persona a cargo de su caso para exponer sus razones. Privaciones significa que la persona no posee ingresos suficientes para comprar alimentos, pagar gastos de vivienda o servicios públicos, obtener la vestimenta necesaria, comprar artículos de primera necesidad, o pagar por los gastos médicos que Asistencia Médica no cubre. La persona a cargo de su caso le indicará qué tipo de comprobantes necesita para demostrar que el reintegro a este porcentaje le ocasionará privaciones. Si decidimos que la deducción le ocasionará privaciones, modificaremos el porcentaje de entre un 5 y 10 %. La deducción del reintegro debe ser, de por lo menos, un 5 %. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 352.31 (d).

RECHAZADA para las siguientes personas:
Si se marca **TODOS** donde dice **Nombre(s)** quiere decir que se les **NEGÓ** a todos los miembros del hogar por el / los mismo(s) **motivo(s)** establecido(s).

Nombre(s): _____ Motivo(s): _____

Nombre(s): _____ Motivo(s): _____

Nombre(s): _____ Motivo(s): _____

Nombre(s): _____ Motivo(s): _____

La(s) decisión/decisiones anterior(es) se basa(n) en 18 NYCRR _____.

Adjunto

LEA EL DORSO DE LA PARTE B PARA INFORMARSE SOBRE SUS DERECHOS DE APELAR DE ESTA DECISIÓN.

DISTRIBUCIÓN: Blanca - COPIA CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

AMARILLA - COPIA CLIENTE

Rosa- COPIA AGENCIA

DOCUMENTOS NECESARIOS

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ASISTENCIA MEDICA

ACEPTADA para recibir Asistencia Médica a partir de _____ para [nombre(s)] _____

ACEPTADA para recibir Asistencia Médica con el requisito de SOBRENTE a partir de _____ para [nombre(s)] _____

El total de su ingreso mensual es de \$ _____. Sus deducciones mensuales totales son de \$ _____. La diferencia entre estos dos montos, es el ingreso mensual neto que Asistencia Médica toma en cuenta, o sea \$ _____. El ingreso estándar autorizado para una familia con el número de integrantes como la suya, es de \$ _____. La diferencia entre su ingreso neto y estándar (\$ _____) es su ingreso mensual excesivo (18 NYCRR 360-4.8). La carta adjunta explica los requisitos según el Programa de Ingresos Excesivos y el Programa Opcional de Contribución de Pagos.

DENEGADA la Asistencia Médica a partir de _____ para [nombre(s)] _____ porque _____

En el caso de que a usted se le hospitalice, le sugerimos comunicarse con este departamento, dado que podría tener derecho a recibir Asistencia Médica.

PENDIENTE

- No tenemos suficiente información para determinar si reúne los requisitos del programa de Asistencia Médica. Sirvase contactarnos a más tardar el _____ al _____ para informarle qué datos necesitamos.
- Su solicitud de Asistencia Médica se está examinando. Le comunicaremos nuestra decisión dentro de treinta días.
- No solicita Asistencia Médica. Usted no indicó en la solicitud que deseaba solicitar Asistencia Médica.

OTRO _____

La(s) decisión/decisiones anterior(es) se basa(n) en _____.

Cómo levantar una sanción impuesta por falta de cooperación con un requisito pertinente a las reglas de sustento de menores

Una sanción por falta de cooperación con un requisito pertinente a las reglas de sustento de menores no tiene un plazo fijo y continuará hasta que _____ se comunique con la Unidad Encargada del Cumplimiento de Sustento de Menores y coopere.

Cuando _____ se comunique con la Unidad Encargada del Cumplimiento de Sustento de Menores, se le dirá lo que debe hacer para que se levante la sanción. La sanción cesará cuando él o ella lleve a cabo la acción o acciones indicada(s).

Si _____ no cooperó antes y ahora desea informarnos el motivo justificado por el cual no cooperó con el requisito de sustento de menores, debe llamar al _____.

Los siguientes son ejemplos de motivos justificados para la falta de cooperación con el requisito de las reglas de sustento de menores:

- Miedo a que usted o los niños en la familia sufran daños físicos o emocionales
- el niño es producto de una violación sexual o incesto
- ya se puede adoptar el niño; o, una agencia le está ayudando a determinar si se dará el niño en adopción y los trámites no han sobrepasado los tres meses

Si desea más información sobre cómo terminar la sanción, llame al _____.

Los Servicios Sociales brindan información y asesoramiento sobre métodos de control de la natalidad, como también ayuda para obtener cuidados de salud sobre planificación familiar o prevención de embarazos no deseados. Aunque usted ya no reúna los requisitos de Asistencia Pública o Asistencia Médica, puede recibir información y asesoramiento sobre planificación familiar por un período de hasta 90 días, contados a partir de la fecha de su solicitud. Si desea más información, comuníquese con la persona a cargo de su caso o llame al número general de teléfono que figura en el anverso de esta notificación.

Si sabe de personas menores de 19 años de edad que no tengan seguro médico, llame al 1-800-698-4543 para informarse sobre el seguro médico para niños, Child Health Plus.

La reglamentación exige que inmediatamente notifique a este Departamento sobre todo cambio en sus necesidades, ingresos, recursos, situación de vivienda o domicilio.

Aunque usted ya no reciba Asistencia Pública, SNAP o Asistencia Médica, podría recibir ayuda con los gastos de calefacción si lo solicita del Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Puede recibir más información sobre HEAP llamando al número de teléfono general que figura en el anverso de esta notificación.

VEA EL REVERSO DE LA PARTE B

PARA INFORMARSE SOBRE DERECHOS A UNA CONFERENCIA Y AUDIENCIA IMPARCIAL.

ACTION TAKEN ON YOUR APPLICATION: PART B
PUBLIC ASSISTANCE, SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP)
AND MEDICAL ASSISTANCE COVERAGE (NYC)

NOTICE DATE:		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CIN NUMBER	GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP OR Agency Conference _____ Fair Hearing information and assistance _____ Record Access _____ Legal Assistance information _____		
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS				
[Empty Box]		OFFICE NO.		
		UNIT NO.	WORKER NUMBER	UNIT OR WORKER NAME
		TELEPHONE NUMBER		

The action(s) taken on your application dated _____ is explained below and on Part A, next to the checked box(es) . **SEE PART A FOR PUBLIC ASSISTANCE AND MEDICAL ASSISTANCE INFORMATION.**

If you do not use your SNAP account for a period of 365 consecutive days, any SNAP benefit remaining in the account that is at least 365 days old will be expunged (removed) from the account. Expunged SNAP benefits cannot be reissued.

- APPROVED** for SNAP from _____ to _____ for [name(s)] _____.
- You will get \$ _____ for the month of _____ because we must figure your first month's benefit from:
 - The date you applied to the end of the month. You may access your benefit on _____.
 - The latest date you provided proof we needed. This is because you gave us proof after it was due. You may access your benefit on _____.
 - You will get \$ _____ which is a combined benefit for the months of _____ and _____. This is because you applied/provided proof after the 15th of the month. Your first month's benefit of \$ _____ was figured from the date you applied/provided proof to the end of the month. Your second month's benefit of \$ _____ is for the entire month. You may access your combined benefit on _____.
 - Beginning _____ you will get \$ _____ monthly in SNAP benefits. You may access these benefits on the _____ day of each month.
 - Beginning _____ you will get \$ _____ monthly in SNAP benefits. You may access these benefits on the _____ day of each month.
 - So you could get SNAP benefits right away, we calculated your benefit without all the necessary proof. Listed here is the proof you still need to provide: _____
You will **not** be able to get SNAP in the future unless you provide this proof. This proof will be used to determine the SNAP benefits you can get. If your SNAP benefits change due to this proof, you will **not** be notified.
 - If you applied for Public Assistance and are approved, your SNAP benefits might go down or might stop. If this happens, you will not get a notice about your SNAP.
 - Other information: _____
- DENIED** for the following individuals:
- Name(s): _____ Reason(s): _____
- Name(s): _____ Reason(s): _____
- Name(s): _____ Reason(s): _____
- Name(s): _____ Reason(s): _____
- You did not give us the proof we need to see if you can get SNAP benefits. If you give us this proof we listed above by _____, you will not have to reapply. After that date, you will have to reapply.
- PENDING** Your application for SNAP benefits is pending because we are still reviewing your eligibility for SNAP. We will notify you of our decision. You do not need to file another application for SNAP.
- OTHER:** _____

The above decision(s) is based on 18 NYCRR: _____.

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:
-------	----------	--------------

DOCUMENTS NEEDED

OVERPAYMENT INFORMATION (check all that apply)

- We are establishing a SNAP overpayment because you or your household got more in SNAP benefits than you should have. See the Demand Letter (and also, if your case is closing, the Repayment Agreement) for more information on this overpayment. This decision is based on 18 NYCRR 387.19.
- The benefit in Line 3 above reflects a _____% reduction (recoupment) of \$ _____ in your benefits in order to repay your overpayment. This decision is based on 18 NYCRR 387.19.
- The benefit in Line 4 above reflects a _____% reduction (recoupment) of \$ _____ in your benefits in order to repay your overpayment. This decision is based on 18 NYCRR 387.19.

In the future if your case is closed, you will receive a separate notice providing repayment options and guidelines to ensure paying back the remaining claim balance. You will have 30 days from the date you receive this notice to make arrangements for repayment of the remaining balance.

National School Lunch and/or Breakfast Programs - The child(ren) listed below are approved to receive free lunch and/or breakfast if he or she attends a school that participates in the National School Lunch and/or Breakfast Programs. To receive this benefit, you must take or send a copy of this notice to the school that your child attends.

This notice also entitles your child(ren) to free meals if they attend a program such as a school, club or camp that participates in the Summer Food Service Program. Make a copy for your records so you can provide it to the sponsor.

List Child(ren)'s name(s):

--

- Responsibility To Report Changes** – See enclosed LDSS-3151: “SNAP Change Report Form” for information on when to report changes.

NAME:	ADDRESS:	CASE NUMBER:
-------	----------	--------------

CONFERENCE AND FAIR HEARING SECTION – DO YOU THINK WE ARE WRONG?

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

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

The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) policy issuances and manuals are posted on the OTDA website at otda.ny.gov/legal. These 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. In addition, upon request to your local social services district, specific OTDA policy issuances and manuals will also be available to assist you or your representative.

1. **CONFERENCE** (Informal meeting with us) – If you think our decision was wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a meeting. To do this, call the conference phone number on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. We encourage you to do this even when you have asked for a fair hearing.
2. **STATE FAIR HEARING** – You have the following number of days from the date of this notice to ask for a fair hearing:

BENEFIT AREA	TIME LIMIT
Public Assistance, Medical Assistance, Social Services	60 days
SNAP Benefits	90 days

HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING: You can ask for a fair hearing by **mail**, by **phone**, by **fax**, by **walk-in** or **online**.

Mail: Send a copy of **Part A and Part B** to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Please keep a copy of each notice for yourself.

- I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Phone: 800-342-3334 (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL.)

Fax: Fax a copy of the front and reverse of this notice to: (518) 473-6735.

Walk-In: Bring a copy of this entire notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn.

Online: Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>.

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

WHAT TO EXPECT AT A FAIR HEARING: The State will send you a notice that tells you when and where the fair hearing will be held.

At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

At the hearing, you and your lawyer or other representative will have a chance to explain why we are wrong and a chance to give the hearing officer written papers that explain why we are wrong.

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements.

At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

LEGAL ASSISTANCE: If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. For the names of other lawyers, check your 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 file. If you call, write or fax to us, we will send you free copies of the documents from your file that we will provide the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax to us, we will send you free copies of other specific documents from your file that you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call (718) 722-5012, fax (718) 722-5018 or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**.

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a fair hearing, how to see your file, or how to get additional copies of documents, call us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
CASO NÚMERO	NÚMERO DE CIN			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo, si está presente) Y DOMICILIO				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O PEDIR AYUDA		
		----- Conferencia con la Agencia		
		Audiencias Imparciales Información y Asistencia _____		
		Acceso a los Archivos _____		
			Información sobre Asistencia Legal _____	
N° DE OFICINA	N° DE UNIDAD	NUMERO DE TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A) DE CASOS	NUMERO DE TELEFONO

La(s) decisión/decisiones tomada(s) sobre su solicitud de fecha _____ se explica(n) abajo en la Parte A, al lado de los casilleros marcados así . **LA PARTE A CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA PÚBLICA Y ASISTENCIA MÉDICA.**

Si no usa el subsidio SNAP acreditado a la cuenta por un periodo de 365 días consecutivos, todo monto remanente en dicha cuenta por un periodo de 365 días de antigüedad, será extraído (eliminado). Todo monto extraído de la cuenta SNAP no se puede volver a remitir.

- SE LE APRUEBA** el subsidio de SNAP a partir del _____ hasta el _____ para [nombre (s)] _____.
- Usted recibirá \$ _____ correspondientes al mes de _____ porque debemos calcular su primer mes de beneficios desde:
 - La fecha en que solicitó el beneficio hasta fin de mes. Puede disponer de este beneficio el _____.
 - La última fecha en la que entregó la prueba que necesitábamos. Debido a que nos entregó la prueba una vez vencido el plazo. Puede disponer de este beneficio el _____.
 - Usted recibirá \$ _____ como beneficio combinado por los meses de _____ y _____ debido a que usted presentó la solicitud / entregó la prueba después del 15° día del mes. La cantidad de su beneficio de \$ _____ por el primer mes se calculó desde la fecha en que usted presentó la solicitud o la prueba, hasta fin de mes. El beneficio de \$ _____ del segundo mes corresponde al mes entero. Puede disponer de este beneficio combinado el _____.
 - A partir del _____ usted recibirá \$ _____ mensuales en subsidio de SNAP. Podrá disponer de estos beneficios el día _____ de cada mes.
 - A partir del _____ usted recibirá \$ _____ mensuales en subsidio de SNAP. Podrá disponer de estos beneficios el día _____ de cada mes.
 - Hemos calculado la cantidad del beneficio de cupones que usted recibirá sin tener todas las pruebas necesarias, con el fin de que usted los reciba inmediatamente. A continuación le indicamos las pruebas pendientes por presentar:

Usted **no** podrá obtener el subsidio de SNAP en el futuro a menos que presente esta prueba. Dicho comprobante nos ayudará a calcular la cantidad del subsidio de SNAP que usted recibirá. Si este comprobante ocasiona un cambio en la cantidad del subsidio de SNAP que recibe, **no** se lo notificaremos.

- Si solicita Asistencia Pública y se le aprueba, su subsidio de SNAP podría disminuir o suspenderse. De ser así, no recibirá aviso sobre el subsidio de SNAP
- Otros datos: _____

RECHAZADA para las siguientes personas:

Nombre(s): _____ Motivo(s): _____

Nombre(s): _____ Motivo(s): _____

Nombre(s): _____ Motivo(s): _____

Nombre(s): _____ Motivo(s): _____

Usted no nos presentó la prueba necesaria para determinar si puede recibir el subsidio de SNAP. Si nos presenta el comprobante indicado arriba para _____, no tendrá que volver a someter una solicitud. Después de esa fecha, tendrá que volver a presentar una solicitud.

PENDIENTE Su solicitud para recibir los beneficios de SNAP sigue pendiente debido a que seguimos examinando su elegibilidad para los beneficios de SNAP. Nosotros le notificaremos sobre nuestra decisión. No es necesario que usted presente otra solicitud de SNAP.

OTRO: _____

La(s) decisión/decisiones anterior(es) se basa(n) en 18 NYCRR: _____.

NOMBRE:	DOMICILIO:	CASO NÚMERO:
---------	------------	--------------

DOCUMENTOS NECESARIOS

INFORMACIÓN SOBRE PAGOS EXCESIVOS (marque todo lo que corresponda)

- Se ha determinado que se hizo un pago excesivo de subsidio SNAP dado que usted o su grupo familiar, recibió un monto superior al que correspondía. Si desea información adicional sobre el pago excesivo, consulte la Carta de Reclamo; y además, si su caso está por cerrarse, el Acuerdo de Devolución de Pagos. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.
- El beneficio de la Sección 3 que antecede refleja una reducción del _____% (recobro) de \$ _____ en sus beneficios con motivo de reintegrar el pago excesivo. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.
- El beneficio de la Sección 4 que antecede refleja una reducción del _____% (recobro) de \$ _____ en sus beneficios con motivo de reintegrar el pago excesivo. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.19.

En el futuro, si su caso está cerrado, recibirá una notificación por separado con datos sobre opciones de reembolso y pautas, con motivo de cerciorarnos que se harán los pagos del balance pendiente. Usted tendrá 30 días, contados a partir de la fecha que recibe esta notificación, para acordar en la modalidad de pago del balance restante.

Programas nacionales de almuerzos o desayunos – El niño o los niños, que se mencionan a continuación están aprobados para recibir almuerzo y/o desayuno gratis si asisten a una escuela que participe en el programa nacional de desayunos o almuerzos. Para que usted pueda recibir este beneficio, debe traer o enviar esta notificación a la escuela a la que asiste su hijo.

Esta carta también permite que su hijo(a) tenga derecho a recibir comidas gratis si participa en una actividad escolar, club o campamento y dicho programa es parte del Programa Verano de Comidas. Quédese con una copia de esta carta en caso de que tenga que mostrársela al patrocinador.

Escriba a continuación el nombre o los nombres de los niños:

- Responsabilidad de notificar cambios – vea el adjunto LDSS-3151-SP: «Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria SNAP: Formulario para Informar Cambios».

NOMBRE:	DOMICILIO:	CASO NÚMERO:
---------	------------	--------------

CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES: ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?

Si cree que nuestra determinación es incorrecta, puede solicitar una revisión de la misma. Corregiremos nuestro error. Usted puede tomar ambas medidas, 1 y 2: 1. Solicitar una reunión (conferencia) con su supervisor; 2. Solicitarle al Estado una audiencia imparcial con un funcionario estatal de audiencias.

Los manuales y publicaciones sobre políticas de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (OTDA) se encuentran publicadas en el sitio web de OTDA: otda.ny.gov/legal. Estas publicaciones y manuales están a su disposición o la disposición de su representante con el fin de ayudarlo a determinar si debería o no solicitar una audiencia imparcial o con el fin de ayudarlo a prepararse para una audiencia imparcial. Además, si lo solicita de su oficina de servicios sociales de distrito, publicaciones específicas de OTDA sobre políticas y manuales también estarán a su disposición o a la disposición de su representante con el fin de asistirle.

- 1. CONFERENCIA**(reunión informal con nosotros): si usted cree que nuestra determinación fue incorrecta o si no entiende lo que hemos resuelto, sírvase llamar para concertar una reunión. Llame al número para conferencias que aparece en el anverso de este aviso o escríbanos a la dirección que aparece en esa misma página. En algunos casos, ésta es la forma más rápida de resolver este tipo de problemas. Le recomendamos hacerlo, aunque haya solicitado una audiencia imparcial.
- 2. AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL** – usted tiene el siguiente lapso de tiempo dentro del cual puede solicitar una audiencia imparcial.

TIPO DE BENEFICIO	PLAZO
Asistencia Pública, Asistencia Médica, Servicios Sociales	60 días
Subsidio SNAP	90 días

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Puede solicitar una audiencia imparcial por **correo**, por **teléfono**, por **fax**, **en persona** o por **internet**.

Por correo: envíe una copia de la **Parte A y Parte Ba:** Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Favor de conservar una copia de cada notificación.

- Deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la decisión de la agencia. (Puede explicar a continuación por qué no está de acuerdo, aunque no tiene que incluir una explicación por separado).

Por teléfono: 800-342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTE AVISO CUANDO LLAME)

Por fax: envíe una copia del anverso y reverso de este aviso al (518) 473-6735.

En persona: Traiga una copia por fax de todas las partes de este aviso a: New York State Office of Temporary and Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn.

Por internet: rellene una petición electrónica en el siguiente sitio: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

Si no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por facsímil, en persona, o por vía electrónica, favor de solicitar por escrito una audiencia imparcial antes del vencimiento del plazo.

LO QUE SUCEDE EN UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: el Estado le enviará un aviso informándole cuándo y dónde se realizará la audiencia imparcial.

En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué cree que nuestra decisión es incorrecta. Puede traer consigo a un abogado, a un familiar o a un(a) amigo(a), o a alguien más que pueda ayudarlo a exponer su caso. Si no puede presentarse, puede enviar a otra persona en su representación. Si la persona que lo representará no es un abogado, debe entregarle a esta persona una carta, dirigida al funcionario de audiencias, en la que usted declara que desea que dicha persona lo represente en la audiencia. También, le sugerimos presentar documentos tales como: comprobantes de pagos salariales, contrato de alquiler, recibos, cuentas médicas, etc.

Durante la audiencia, usted y su abogado u otro representante, tendrán la oportunidad de explicar por qué estamos equivocados y podrán entregar documentos que expliquen por qué estamos errados al funcionario de audiencias.

Con el fin de ayudarlo a exponer el motivo de nuestra equivocación, le sugerimos presentar testigos que puedan avalar su caso. También, le sugerimos presentar documentos tales como: comprobantes de pagos salariales, contrato de alquiler, recibos, cuentas médicas, etc.

Durante la audiencia, usted y su abogado u otro representante, podrán interrogar a nuestros testigos, o a los que usted presente para avalar su caso.

ASISTENCIA LEGAL: si cree que necesita representación legal en la resolución de este problema, puede obtener los servicios de un abogado, sin costo alguno, comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) u otra asociación de defensa legal de su localidad. Puede encontrar los nombres de otros abogados en las páginas amarillas, bajo «Abogados» (“Lawyers”).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: en preparación para la audiencia imparcial, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama, nos escribe o nos envía un fax, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos contenidos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe o manda un fax, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llámenos al (718) 722-5012 o al número de fax (718) 722-5018 o mande una carta a: HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente los solicita.

INFORMACIÓN: si desea información adicional sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos al número señalado en el **anverso** de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Letter to Landlord/Management Agent – Request for Residence Verification
(Prepare in Duplicate)

Section A: Request for Household/Residence Verification

We are presently reviewing the Cash Assistance application/case of: _____
(Applicant/Participant Name)

who resides at _____
(Address) (Apartment Number)

We would appreciate your providing the information requested below as soon as possible.
Thank you for your cooperation.

(Worker's Name) (Telephone Number)

Section B: Reply by Landlord



Name on lease: _____

Date lease signed: _____

Amount of rent charged per month: \$ _____ Last date rent paid: _____

Number of persons in household: _____

Tenant's financial references: _____

Names of persons in household: _____

Does _____ reside at the above address? Yes No

Building Superintendent/Managing Agent: _____ Telephone Number: _____

Signature of Landlord Date

For Office Use Only

Telephone contact made with _____
on _____ at telephone number _____

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Carta al Casero/Agente Administrador – Petición para Verificación de Residencia

(Preparar en Duplicado)

Sección A: Petición para Verificación de Casa/Residencia

Nosotros estamos actualmente revisando la solicitud de Asistencia en Efectivo/caso de: _____
(Nombre del Solicitante/Participante)

quien reside en _____
(Dirección) (Número de Apartamento)

Le agradecemos que usted nos provea la información solicitada abajo tan pronto como le sea posible.
Gracias por su cooperación.

(Nombre del Trabajador)

(Número de Teléfono)

Sección B: Respuesta del Casero

Nombre en el contrato de arrendamiento: _____

Fecha en que se firmó el contrato de arrendamiento: _____

Cantidad de alquiler mensual \$ _____ Última fecha que el alquiler fue pagado: _____ Número de personas en el hogar: _____

Referencias financieras del inquilino: _____

Nombres de personas en el hogar: _____

¿Reside _____ en la dirección antedicha? Sí No

Superintendente del Edificio/
Agente Administrador: _____ Número de Teléfono: _____

Firma del Casero

Fecha

For Office Use Only

Telephone contact made with _____
on _____ at telephone number _____



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Job Center/
SNAP Center: _____

SNAP Center: _____

Telephone Number: _____

Common Benefit Identification Card Signature Authorization Form

You will get a Common Benefit Identification Card (CBIC) card if your application or recertification for benefits is accepted. The CBIC card is mailed to you after your case is accepted.

The CBIC card is used to access Cash Assistance (CA), Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and Medicaid benefits. Your CBIC card must have your signature on it.

If you would like to select someone (an Authorized Representative) who can also access your CA or SNAP benefits, we will also need their signature. An Authorized Representative cannot access Medicaid benefits on the CBIC card they get. Their CBIC card will also be mailed to you.

We do not have your signature.

You and your Authorized Representative, if applicable, can give us the signatures by doing **one** of the options below:

- Come into your Center
- Complete **page 2** of this form and then mail it to us in the envelope that was sent with this form. Keep a copy of the form that you send to us.

We cannot make your CBIC card without a signature!

(Turn page)

Please follow the instructions below carefully.

You and your Authorized Representative, if applicable, must complete the information below. We need a printed name and signature for each person.

1. **Print** your name here: _____

Sign
Your
Name
Here

A large rectangular box for a signature. Inside the box, there is a smaller box containing a 'Picture' icon and the word 'Picture'.

2. Authorized Representative
PRINT your name here: _____

Authorized
Representative
Sign Your
Name Here

A large rectangular box for a signature. Inside the box, there is a smaller box containing a 'Picture' icon and the word 'Picture'.

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.

FOR OFFICE USE ONLY:

Completed By: _____ Date Completed: _____



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del caso: _____

Centro de trabajo/
Centro de SNAP: _____

Número de teléfono: _____

Tarjeta de Identificación de Beneficio Común Formulario de Firma Autorizada

Usted obtendrá una Tarjeta de Identificación de Beneficio Común (CBIC, por sus siglas en inglés) si se acepta su solicitud o su recertificación. La tarjeta CBIC es enviada por correo después de que su caso sea aceptado.

La tarjeta CBIC se utiliza para acceder la Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) y los beneficios de Medicaid. Su tarjeta de CBIC requiere su firma.

Si le gustaría elegir a alguien (un representante autorizado) que pueda acceder a sus beneficios de CA o de SNAP, también necesitaremos su firma. El representante autorizado no puede acceder a sus beneficios de Medicaid con la tarjeta de CBIC que reciba. La tarjeta de CBIC de esa persona también se le enviará a usted por correo.

Nosotros no tenemos su firma.

Usted y su representante autorizado, de haberlo, nos pueden conceder la firma tomando **uno** de los siguientes pasos:

- Ir a su centro
- Rellenar la **página 2** de este formulario y luego enviarla por correo en el sobre enviado con este formulario. Guarde una copia del formulario que nos envió.

¡No podemos emitir su tarjeta de CBIC sin la firma!


(Voltee la página)

Favor de seguir cuidadosamente las instrucciones que siguen a continuación.

Usted y su representante autorizado, de haberlo, deben rellenar la información solicitada a continuación. Necesitamos el nombre escrito en letra de molde y la firma de cada persona.

1. Su nombre **en letra de molde** aquí: _____

Su firma aquí

 Picture

2. Nombre del representante autorizado **en letra de molde** aquí: _____

Firma del representante autorizado aquí

 Picture

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.

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA:

Rellenado por: _____ Fecha: _____



Date: _____

Case Name: _____

Case Number: _____

Address: _____

Early Intervention Outreach Team
Worker Name: _____

Phone Number: _____

Hours of Operation: _____

OBSOLETE
~~Notice of Referral to Legal Service Provider~~

At your recent appearance in Civil Housing Court, the Judge on your case recommended that you be referred to a legal service provider.

The Human Resources Administration has reviewed your case and forwarded it to _____, a legal service provider. This provider may be able to work with you to assist with your housing issue. You should be contacted by them within the next few days to discuss your options. Please feel free to contact me at the number above if you have any questions.



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

You will be 62 years of age next month. Persons who are 62 years old may be eligible for Social Security benefits.

You must go to your local Social Security Office to file an application. They will decide if you are eligible for the benefits.

When you go to your Social Security Office, you must bring this letter. Along with this letter you must bring proof of your age and your Social Security card.

To verify your age you must bring ONE of the following:

OBSELETE

Birth Certificate	Certificate of Birth from Bureau of Vital Statistics
Hospital Certificate of Birth	Baptismal Record

If you do not have any of the documents listed above, bring at LEAST TWO of the following:

Naturalization Papers	Marriage Certificate with Date of Birth
Passport	Name Change Court Order
Driver's License	Professional License
Draft Registration	School Records
Military Discharge Papers	Life Insurance Policy
Social Security Award Letter	Census Record
Voter Registration Card	Employment or Union Record with Date of Birth
Prison Records	Children's Birth Certificate showing your Date of Birth
Any other Official Record showing your Date of Birth	

(Turn page)

Your local Social Security Office will give you a referral form. You must return the form with this letter in the ENCLOSED ENVELOPE no later than _____.

If you are eligible for Social Security benefits, we will use them to calculate your budget.

If you do not apply for Social Security benefits and reply to us, we may lower or stop your benefits.

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.

OBSOLETE