



# OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Adam Waitzman, Assistant Deputy Commissioner  
Office of Procedures

## POLICY BULLETIN #18-77-OPE

### INTRODUCTION OF THE DON'T RISK LOSING YOUR BENEFITS! SANCTIONS ARE COMING BACK! (FIA-1209) LETTER

<p><b>Date:</b> December 12, 2018</p>	<p><b>Subtopic(s):</b> Employment, Conciliation, Sanctions</p>
	<p>The purpose of this policy bulletin is to introduce the “DON’T RISK LOSING YOUR BENEFITS! SANCTIONS ARE COMING BACK!” (FIA-1209) letter and provide instructions for Job Center, Education Services, and Career Services staff on what to do if an individual reports to a site with the letter. It is informational for all other staff.</p> <p>The <b>FIA-1209</b> is a new letter that is being sent to all employable Cash Assistance (CA) participants over the weekend of December 8th urging them not to ignore any conciliation/reengagement letter(s) that they may receive as sanctions for non-compliance with employment requirements are returning.</p> <p>The letter explains the new conciliation/reengagement process that will start in January 2019 that will allow individuals to avoid sanctions if they fail to comply with their work requirements. However, they must attend their conciliation in order to take advantage of this new process.</p> <p>The <b>FIA-1209</b> also provides important information for CA participants on how to report employment or claim a barrier to employment.</p> <p>If an individual reports to a Family Independence Administration (FIA) location inquiring about the letter, staff should explain that this letter will not affect their case, but any future non-compliance with their engagement requirements will mean risking a loss of benefits beginning January 2019. Staff should also review New York City Work Accountability and You (NYCWAY) to determine if the individual is currently engaged and in compliance. If so, the individual should just be reminded to continue their engagement activity or employment.</p>

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

If a review of NYCWAY indicates that an individual is not currently engaged, staff should try to engage the individual, per current procedure (including assessing for any new barriers and ensuring child care is in place).

Refer to [PD #16-27-OPE](#)

The **FIA-1209** is being sent with the Help for People With Disabilities (**HRA-102c**) form reminding participants of how to request reasonable accommodations if needed to assist in their ability to maintain eligibility. Staff are reminded to follow the current procedure for assisting individuals requesting reasonable accommodations.

*Effective Immediately*

**Related Item:**

[PD #16-27-OPE](#)

**Attachments:**

**FIA-1209**

Don't Risk Losing Your Benefits!  
Sanctions Are Coming Back! (06/12/18)

**FIA-1209 (S)**

Don't Risk Losing Your Benefits!  
Sanctions Are Coming Back! (Spanish) (06/12/18)

**HRA-102c**

Help for People With Disabilities (Rev. 01/05/17)

**HRA-102c (S)**

Help for People With Disabilities (Spanish) (Rev. 01/05/17)



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

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

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

## **Don't Risk Losing Your Benefits! Sanctions Are Coming Back!**

### **Do not ignore a Conciliation / Reengagement appointment if you get one.**

New York State law has changed. We must start sanctions for not complying with work-related appointments and assignments. If you do not have a good reason (also called good cause) and you did not comply on purpose (also known as willful) you may be sanctioned.

A "sanction" means that your Cash Assistance (CA), including certain housing subsidies, and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits may be lowered or stopped if you do not comply with your work requirements. If you do not show up to your work appointment or assignment, we will mail you a letter to come to a scheduled Conciliation / Reengagement appointment.

### **What is a Conciliation / Reengagement appointment?**

A Conciliation / Reengagement appointment is a meeting between you and an HRA employee. This appointment is a chance for you to:

- tell us that we made a mistake and how you have complied,
- talk with us about why you did not meet your work requirements,
- tell us if you believe you cannot participate in your work requirements because of your health limitations, and/or,
- comply with your work requirements.

### **What should I do when I get my Conciliation / Reengagement letter?**

**Do not ignore a Conciliation / Reengagement appointment if you get one.** If you do not come to that appointment, you may get a sanction. You should come to the appointment and tell us why you did not keep your work-related appointment or assignment.

If you did comply, have a good reason for not complying, or if your failure to comply was not on purpose, we will not sanction you. Please bring any documents or proof explaining why you did not comply. Even if you do not have a good reason, you should still come to the appointment and we can give you another appointment/assignment to avoid a sanction.

**(Turn page)**

### **What if I am working now?**

You need to let us know. Bring us proof of your income, the number of hours you work, and the date when you started working. Proof can be pay stubs or a letter from your employer saying how much you make and how many hours you work. You can give us documentation of work any time **before** your Conciliation / Reengagement appointment – you can fax the proof or submit it in person at your Job Center. If you cannot get this proof after trying on your own, tell us. We may be able to help you get this proof.

### **What if I have a medical problem that makes it hard for me to work?**

Tell the conciliation staff that you cannot work and we will help. We can help you apply for a reasonable accommodation. A “reasonable accommodation” is a way for HRA to help make it easier for you to meet HRA requirements. We can also schedule you for an appointment with a qualified health professional for an assessment to determine if you are able to work.

### **What if I do not go to the Conciliation / Reengagement appointment?**

If you do not go to the Conciliation / Reengagement appointment, and nothing in our file shows that you are exempt or meeting the work rules, we will sanction you. This means that your Cash Assistance (CA), including certain housing subsidies, and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits may be lowered or stopped. We will send you a letter before we lower or stop your benefits. You have a right to request a conference and/or fair hearing if you get a letter telling you that your benefits will be lowered or stopped because you did not meet your work requirements. Also, we may be able to stop the sanction if you contact us before the sanction starts.

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

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

## **¡No Corra el Riesgo de Perder sus Beneficios! ¡Vuelven las Sanciones!**

### **Si la recibe no haga caso omiso de la cita de conciliación / nueva participación.**

La ley del estado de Nueva York ha cambiado. Nosotros tenemos que iniciar sanciones por el incumplimiento de asignaciones y citas relacionadas con el trabajo. Si usted no cuenta con motivo justificado (también denominado causa justificada) y no cumplió intencionadamente (también conocido como premeditadamente), se le puede sancionar.

La "sanción" significa que su Asistencia en Efectivo (CA), incluidos ciertos subsidios de vivienda y/o beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), se puede reducir o cancelar si usted no cumple sus requisitos de trabajo. Si usted no se presenta a su cita de trabajo o asignación, nosotros le enviaremos una carta para que comparezca a una cita programada de conciliación / nueva participación.

### **¿Qué es la cita de conciliación / nueva participación?**

La cita de conciliación / nueva participación es una reunión entre usted y un(a) empleado (a) de la HRA. Esta cita es su oportunidad de:

- informarnos que hemos cometido un error y cómo usted ha cumplido lo estipulado,
- explicarnos por qué usted no cumplió sus requisitos de trabajo,
- informarnos si cree que no puede participar en sus requisitos de trabajo debido a limitaciones de salud y/o,
- cumplir sus requisitos de trabajo.

### **¿Qué debo hacer al recibir la carta de conciliación / nueva participación?**

#### **Si recibe, no haga caso omiso de la cita de conciliación / nueva participación.**

Si usted no se presenta a esta cita, puede ser sancionado(a). Usted debe presentarse a la cita y explicarnos por qué no cumplió su asignación o cita relacionada con el trabajo.

Si efectivamente usted cumplió, si tiene motivo justificado por su incumplimiento o si el incumplimiento no fue intencionado, nosotros no le sancionaremos. Favor de traer todo documento o prueba que indique por qué usted no cumplió. Aún si usted no cuenta con motivo justificado, debe presentarse a la cita para que nosotros le programemos otra cita/asignación para evitar ser sancionado(a).

**(Voltee la página)**

### **¿Qué tal si estoy trabajando actualmente?**

Usted tiene que informarnos de ello. Tráiganos prueba de su ingreso, el total de horas que trabaja y la fecha en que comenzó a trabajar. La prueba puede consistir en talones de paga o una carta de parte de su empleador que indique cuánto usted gana y cuántas horas trabaja a la semana. Usted nos puede proporcionar documentación de trabajo en cualquier momento **antes** de su cita de conciliación / nueva participación – nos puede faxear la prueba o prestarla en persona en su centro de trabajo. Si no puede obtener esta prueba tras intentarlo por cuenta propia, informenos de ello. Nosotros podríamos ayudarle a obtener esta prueba.

### **¿Qué tal si tengo un problema médico que me dificulte trabajar?**

Informe al personal de conciliación que usted no puede trabajar y nosotros le ayudaremos. Le podemos ayudar a presentar una petición de acomodamiento razonable. El “acomodamiento razonable” es una manera de la HRA facilitarle el cumplimiento de los requisitos de la agencia. También podemos programarle una cita con un profesional de salud cualificado para una evaluación para determinar si usted es apto para trabajar.

### **¿Qué tal si no me presento a la cita de conciliación / nueva participación?**

Si usted no se presenta a la cita de conciliación / nueva participación y no hay nada en su expediente que indique que usted está exento(a) de cumplir las reglas de trabajo, nosotros le sancionaremos. Esto significa que su CA, incluidos ciertos subsidios de vivienda y/o beneficios de SNAP, se puede reducir o cancelar. Nosotros le enviaremos una carta antes de reducir o cancelar sus beneficios. Usted tiene el derecho de solicitar una conferencia y/o audiencia imparcial, si recibe una carta informándole que sus beneficios serán reducidos o cancelados, por usted no haber cumplido sus requisitos de trabajo. Además, nosotros podríamos parar la sanción si usted se comunica con nosotros antes del inicio de la sanción.

**¿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.

**HELP FOR PEOPLE WITH DISABILITIES**

Do you have a disability, medical condition or mental health condition that makes it hard for you to apply for or get benefits from us?

For example:

- Does your condition make it hard for you to use public transportation?
- Do you need help to get to appointments?
- Does your condition make it hard for you to wait for long periods of time?
- Is it hard for you to read, understand or fill out forms?
- Do you need help because of a vision or hearing disability?
- Do you need other help because of your condition?

If you do, we may be able to help you. This help is called a reasonable accommodation.

**HOW TO ASK FOR A REASONABLE ACCOMMODATION**



**ASK:** You can ask for help when you come to an HRA office or center



**CALL:** 212-331-4640

You can also write us or fill out the request on the other side of this form and give it to us through:



**FAX:** 212-331-4685



**EMAIL:** [ConstituentAffairs@hra.nyc.gov](mailto:ConstituentAffairs@hra.nyc.gov)



**MAIL:** HRA  
Office of Constituent Services  
150 Greenwich Street, 35th Floor  
New York, NY 10007

**GET HELP WITH THIS FORM!**

You can get help with this form or with your request.

**CALL:** 212-331-4640 or **VISIT:** your center or HRA office

Turn this page over to complete the Reasonable Accommodation Request Form. ➡

## **HELP FOR PEOPLE WITH DISABILITIES REASONABLE ACCOMMODATION REQUEST FORM**

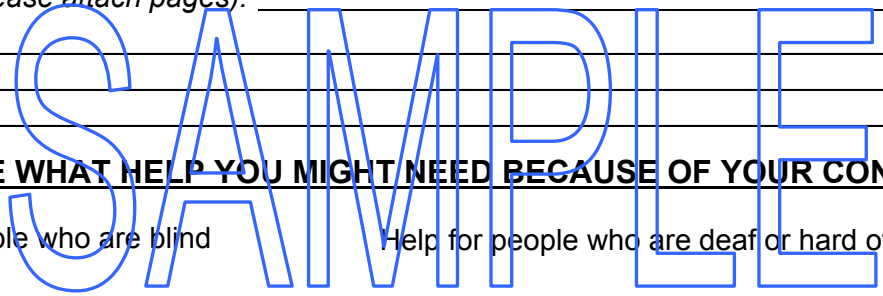
Do you have a disability, medical condition or mental health condition that makes it hard for you to apply for or get benefits from us? **If you do**, please fill out this form. **If you do not**, you don't need to fill out this form.

### **YOUR INFORMATION**

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Phone Number 1: \_\_\_\_\_ Phone Number 2 (if any): \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_

### **WHY DO YOU NEED HELP?**

Tell us how your condition makes it hard to access HRA benefits and services (If you need more space to write, please attach pages): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### **CHOOSE WHAT HELP YOU MIGHT NEED BECAUSE OF YOUR CONDITION:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Help for people who are blind or low vision<br><i>Explain:</i> _____<br><br><input type="checkbox"/> Making appointments when you can have someone come with you<br><br><input type="checkbox"/> No appointments during certain days and times<br><br><input type="checkbox"/> No appointments during rush hour<br><br><input type="checkbox"/> No in-office appointments while you apply for Access-A-Ride<br><br><input type="checkbox"/> Shorter wait times<br><br><input type="checkbox"/> Accommodations (other than above) that you need to access services at HRA. <i>Explain:</i><br>_____<br>_____<br>_____ | Help for people who are deaf or hard of hearing  :<br><input type="checkbox"/> American Sign Language (ASL) interpretation<br><input type="checkbox"/> Other forms of interpretation<br><i>Explain:</i> _____<br><br><input type="checkbox"/> Help reading forms<br><input type="checkbox"/> Help completing forms<br><input type="checkbox"/> You need HRA to come to your home for appointments<br><input type="checkbox"/> Transfer your case to center:<br>_____<br><input type="checkbox"/> Keep your case at your center:<br>_____<br><input type="checkbox"/> Accommodations (other than above) that you need to access services at HRA. <i>Explain:</i><br>_____<br>_____<br>_____ |
|---|--|

**You do not need to give us proof of your condition now.  
We may ask you to give us some medical or clinical documents later.**

<b>To be completed by HRA worker if submitted at an HRA location (Please give a copy to the client):</b>	
Location	Date Received
Name of HRA worker (Print)	Signature
Center 90 Staff only: Homebound status was requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	



## AYUDA PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES

¿Padece usted una discapacidad, afección médica o de salud mental que le dificulte solicitar u obtener beneficios de parte nuestra?

Por ejemplo:

- ¿Le dificulta la afección servirse del transporte público?
- ¿Necesita usted ayuda para trasladarse a las citas?
- ¿Le dificulta la afección esperar por largos ratos?
- ¿Le cuesta trabajo leer, entender o llenar formularios?
- ¿Necesita usted ayuda debido a una discapacidad de la vista o de la audición?
- ¿Necesita usted ayuda de otra índole debido a su afección?

En caso afirmativo, tal vez podamos ayudarle. Esta ayuda se denomina arreglo razonable.

### CÓMO SOLICITAR ARREGLO RAZONABLE



**EN**

**PERSONA:** Usted puede pedir ayuda al presentarse a una oficina o centro de la HRA.



**LLAME AL:** 212-331-4640

Usted también nos puede escribir o llenar la solicitud al revés de este formulario y presentárnosla por:



**FAX:** 212-331-4685



**CORREO  
ELECTRÓNICO:** [ConstituentAffairs@hra.nyc.gov](mailto:ConstituentAffairs@hra.nyc.gov)



**CORREO  
POSTAL:** HRA  
Office of Constituent Services  
150 Greenwich Street, 35th Floor  
New York, NY 10007

### **¡OBTENGA AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO!**

Usted puede obtener ayuda con este formulario o con su solicitud.

**LLAME AL:** 212-331-4640 o **VISITE:** su oficina o su centro de la HRA.

Pase esta página para llenar el Formulario de Solicitud de Arreglo Razonable. 

**AYUDA PARA LOS DISCAPACITADOS  
FORMULARIO DE SOLICITUD DE ARREGLO RAZONABLE**

¿Padece usted una discapacidad, afección médica o de salud mental que le dificulte solicitar u obtener beneficios de parte nuestra? **En caso afirmativo**, favor de llenar este formulario. **En caso negativo**, no necesita llenar este formulario.

**SUS DATOS**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono 2 (de haberlo): \_\_\_\_\_


Dirección: \_\_\_\_\_

**¿POR QUÉ NECESITA USTED AYUDA?**

Explíquenos cómo su afección le dificulta el acceso a los beneficios y servicios de la HRA. (Si necesita más espacio para escribir, favor de adjuntar páginas adicionales.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ELIJA LA AYUDA QUE USTED NECESITE DEBIDO A SU AFECCIÓN:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ayuda para los ciegos o con vista limitada<br><i>Detalle:</i> _____   | <input type="checkbox"/> Ayuda para los sordos o con audición limitada  :<br><input type="checkbox"/> Interpretación de Lenguaje de Señas Estadounidense (ASL)<br><input type="checkbox"/> Otro modo de interpretación<br><i>Detalle:</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> Citas programadas para cuando usted desee que alguien le acompañe   | <input type="checkbox"/> Ayuda para leer formularios  |
| <input type="checkbox"/> Ningunas citas durante ciertos días y horas   | <input type="checkbox"/> Ayuda para llenar formularios  |
| <input type="checkbox"/> Ninguna cita durante la hora punta  | <input type="checkbox"/> Usted necesita que la HRA vaya a su casa para las citas  |
| <input type="checkbox"/> Ninguna cita en oficinas mientras usted solicite Access-A-Ride  | <input type="checkbox"/> Transferencia de su caso a centro: _____   |
| <input type="checkbox"/> Tiempo de espera más corto  | <input type="checkbox"/> Mantenimiento de su caso en su centro: _____   |
| <input type="checkbox"/> Arreglos (aparte de los de arriba) que usted necesite para acceder servicios de la HRA. <i>Detalle:</i> _____ |   |

**Usted no tiene que proporcionarnos ningún comprobante de su afección en este momento. Puede que le solicitemos documentos médicos o clínicos en una fecha posterior.**

<b>To be completed by HRA worker if submitted at an HRA location (Please give a copy to the client):</b>	
Location _____	Date Received _____
Name of HRA worker (Print) _____	Signature _____
Center 90 Staff only: Homebound status was requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	