



# OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Adam Waitzman, Assistant Deputy Commissioner  
Office of Procedures

## POLICY BULLETIN #19-01-OPE

**MONTHLY UPDATES: (DSS-8H, DSS-8N, HEAP-46, HEAP-46A, HEAP-46B, HEAP-46C, HEAP-46D, HPA-11, HPA-13, HPA-14, HPA-69B, HPA-69C, HPA-69D, HPA-69E, HRA-146R, W-147PP)**

<b>Date:</b> January 3, 2019	<b>Subtopic(s):</b> Forms
Updated and added items	<p>The following forms have been added or updated on eDocs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “CityFHEPS Packet Cover Sheet - Shelter” (<b>DSS-8h</b>) form was revised to add a Supervisory review section.</li> <li>• The “INTENT TO RENT” (<b>DSS-8n</b>) form was created for the new CityFHEPS program. Additional information about this form and its intended purpose will be released in a separate document;</li> <li>• The following Home Energy Assistance Program (HEAP) forms were formatted to comply with agency and Local Law 30 requirements:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Home Energy Assistance Program Documentation Requirements” (<b>HEAP-46</b>);</li> <li>▪ “Home Energy Assistance Program (HEAP) Notice of Eligibility Decision - Approval” (<b>HEAP-46a</b>);</li> <li>▪ “HEAP Program Notice of Denial” (<b>HEAP-46b</b>);</li> <li>▪ “HEAP Office Addresses (HEAP Season 2018-2019)” (<b>HEAP-46c</b>);</li> <li>▪ “New York City Home Energy Assistance Program Emergency Verification Form” (<b>HEAP-46d</b>).</li> </ul> </li> <li>• The following Homelessness Prevention Administration forms were formatted to comply with agency and Local Law 30 requirements:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Uncashed Rent Check Notification Letter” (<b>HPA-69b</b>);</li> <li>▪ “Marshal Letter” (<b>HPA-69c</b>);</li> <li>▪ “Eviction Prevention Letter” (<b>HPA-69d</b>);</li> <li>▪ “Section 8 on PA Letter” (<b>HPA-69e</b>).</li> </ul> </li> <li>• “Family Homelessness &amp; Eviction Prevention Supplement (FHEPS) Fact Sheet” (<b>HRA-146r</b>) form, the answer to the question “How do I know if I qualify for FHEPS?” was revised.</li> </ul>

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

- “Information About Repaying the Department of Social Services For Rental Arrears” (**W-147PP**) form was revised to include the new telephone number for the HRA Division of Claims and Collections.

#### Obsolete forms

The following Homelessness Prevention Administration forms were made obsolete:

- “Uncashed Checks Letter” (**HPA-11**), which was replaced by the **HPA-69b**;
- “Eviction Prevention Letter” (**HPA-13**), which was replaced by the **HPA-69d**;
- “Marshal Notice Eviction Prevention Letter” (**HPA-14**), which was replaced by the **HPA-69c**.

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:

<b>DSS-8h</b>	CityFHEPS Packet Cover Sheet - Shelter (12/10/2018)
<b>DSS-8n</b>	INTENT TO RENT (12/12/2018)
<b>HEAP-46</b>	Home Energy Assistance Program Documentation Requirements (08/10/2018)
<b>HEAP-46 (S)</b>	Home Energy Assistance Program Documentation Requirements (08/10/2018)
<b>HEAP-46a</b>	Home Energy Assistance Program (HEAP) Notice of Eligibility Decision - Approval (08/13/2018)
<b>HEAP-46a (S)</b>	Home Energy Assistance Program (HEAP) Notice of Eligibility Decision - Approval (08/13/2018)
<b>HEAP-46b</b>	HEAP Program Notice of Denial (08/13/2018)
<b>HEAP-46b (S)</b>	HEAP Program Notice of Denial (08/13/2018)
<b>HEAP-46c</b>	HEAP Office Addresses (HEAP Season 2018-2019) (10/29/2018)
<b>HEAP-46d</b>	New York City Home Energy Assistance Program Emergency Verification Form (10/29/2018)
<b>HPA-69b</b>	Uncashed Rent Check Notification Letter (12/11/2018)
<b>HPA-69b (S)</b>	Uncashed Rent Check Notification Letter (12/11/18)
<b>HPA-69c</b>	Marshal Letter (12/11/2018)
<b>HPA-69c (S)</b>	Marshal Letter (12/11/2018)
<b>HPA-69d</b>	Eviction Prevention Letter (12/10/2018)
<b>HPA-69d (S)</b>	Eviction Prevention Letter (12/10/2018)

<b>HPA-69e</b>	Section 8 on PA Letter (12/10/2018)
<b>HPA-69e (S)</b>	Section 8 on PA Letter (12/10/2018)
<b>HRA-146r</b>	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) Fact Sheet (12/06/2018)
<b>HRA-146r (S)</b>	Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) Fact Sheet (12/06/2018)
<b>W-147PP</b>	Information About Repaying the Department of Social Services For Rental Arrears (12/17/18)
<b>W-147PP (S)</b>	Information About Repaying the Department of Social Services For Rental Arrears (12/17/18)
<b>HPA-11</b>	Uncashed Checks Letter ( <b>Obsolete</b> )
<b>HPA-13</b>	Eviction Prevention Letter ( <b>Obsolete</b> )
<b>HPA-14</b>	Marshal Notice Eviction Prevention Letter ( <b>Obsolete</b> )

**CityFHEPS Packet Cover Sheet – Shelter**

**Client's Information**

Client's Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Agency Name: \_\_\_\_\_ Cash Assistance Case #: \_\_\_\_\_  
 Staff Contact: \_\_\_\_\_ Staff Phone #: \_\_\_\_\_  
 Staff e-Mail: \_\_\_\_\_  
 Program Analyst: \_\_\_\_\_ CARES ID: \_\_\_\_\_  
 Program Administrator: \_\_\_\_\_ Facility Code: \_\_\_\_\_

**Did you include the following mandatory documents?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>DSS-7 or DSS-7b</b> ("Shopping Letter")                             | <input type="checkbox"/> Proof of Apartment/Room Preclearance                                     |
| <input type="checkbox"/> <b>DSS-7a or DSS-7c</b> ("Household Share Letter")                     | <input type="checkbox"/> <b>DSS-10a</b> Apartment Review Checklist                                |
| <input type="checkbox"/> Proof of last 30 days of Income<br>(for everyone in the household 18+) | <input type="checkbox"/> Deed/Proof of Ownership  |
| <input type="checkbox"/> <b>W-137A</b> Request for Emergency Assistance                         | <input type="checkbox"/> <b>DSS-8f or DSS-8g</b> ("Landlord Statement of Understanding")          |
| <input type="checkbox"/> <b>DSS-7p</b> Program Participant Agreement                            | <input type="checkbox"/> Signed by managing agent or other authorized representative? If checked, |
| <input type="checkbox"/> Lease or Rental Agreement for 12 months                                | <input type="checkbox"/> Proof of HPD Registration or Authorization                               |
| <input type="checkbox"/> Shelter Residency Letter   | <input type="checkbox"/> <b>W-147N</b> Security Voucher   |
| <input type="checkbox"/> <b>DSS-8b</b> Tenant Contact Information                               |   |
| <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"/> <b>DSS-8d</b> Room Allocation Form | <input type="checkbox"/> <b>HRA-145</b> 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 <b>OR</b> <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:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Supervisory review (Director of Social Services or higher)**

Name (print): \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

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

Signature: \_\_\_\_\_

SAMPLE

## INTENT TO RENT

To Whom It May Concern:

Please be advised that I, Mr., Ms., Mrs. \_\_\_\_\_ am the owner or owner's representative of the following unit:

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

Apartment/Unit Number: \_\_\_\_\_ Room Number (if applicable): \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

I have agreed to rent the above apartment/unit to \_\_\_\_\_ at a monthly rent of \$ \_\_\_\_\_ .00 for one year.

Is the above unit a room or SRO?  Yes  No

If yes, I understand that heat, hot water, and electricity as well as gas, if the stove is not electric, must be included in the rent indicated above.

Lease Start Date: \_\_\_\_\_ Lease End Date: \_\_\_\_\_

All checks should be made payable to \_\_\_\_\_.

The lease will be executed upon receipt of payment for the following rental assistance program:

\_\_\_\_\_.

Sincerely,

\_\_\_\_\_  
Signature of Owner or Owner's Representative

\_\_\_\_\_  
Address of Owner or Owner's Representative



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

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

Case Type: \_\_\_\_\_

## Home Energy Assistance Program Documentation Requirements

Please mail this pending documentation form with all the information that is listed below to this office before \_\_\_\_\_. **Failure to submit the documentation requested will result in the denial of your Home Energy Assistance Program (HEAP) application.**

SAMPLE

(Turn Page)

**Pending documentation (continued):**

SAMPLE

This requirement is based on New York Social Services Law § 97, 18 N.Y.C.R.R. Part 393, and the current New York State HEAP Plan. The New York State HEAP Plan is available online at the New York State Office of Temporary and Disability Assistance website: <http://otda.ny.gov/programs/heap/stateplan.asp>.





Fecha: \_\_\_\_\_

Número de caso: \_\_\_\_\_

Tipo de caso: \_\_\_\_\_

## Programa de Asistencia de Energía para el Hogar Requisitos Documentales

Favor de enviar por correo este formulario de documentación pendiente con toda la información listada a continuación a esta oficina antes del \_\_\_\_\_.

**El no presentar la documentación solicitada resultará en el rechazo de su solicitud del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP, por sus siglas en inglés).**

SAMPLE

(Voltee la página)

**Documentación pendiente (continuación):**

SAMPLE

Este requisito se basa en la Ley de Servicios Sociales de Nueva York § 97, 18 N.Y.C.R.R. Parte 393 y en el actual Plan HEAP del Estado de Nueva York. El Plan HEAP del estado de Nueva York está disponible en el sitio web de la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados del Estado de Nueva York: <http://otda.ny.gov/programs/heap/stateplan.asp>.



## Home Energy Assistance Program (HEAP) Notice of Eligibility Decision – Approval

NOTICE DATE	<b>HRA/HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM POST OFFICE BOX NO. 1401 CHURCH STREET STATION NEW YORK, NY 10008</b>
CASE NUMBER	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS	

**ACTION TAKEN:** Your Household Has Been Approved For The Following Home Energy Assistance Program (HEAP) Benefits:

- Regular HEAP Benefits. Amount \$ \_\_\_\_\_
- Heater (You pay for heat separately from your rent.)  
 Your type of fuel is \_\_\_\_\_  
 Your income is \$ \_\_\_\_\_. This puts you in  Tier 1  Tier 2  
 You have a vulnerable person in the household.  Yes  No
- Heat is included in your rent and you do not pay for heat separately from your rent.  
 Your income is \$ \_\_\_\_\_. This puts you in  Tier 1  Tier 2
- You reside in subsidized housing or a congregate care facility and have been determined to incur minimal costs for heating.

This benefit is a one-time supplement to assist you in meeting your annual heating costs or as a supplement to your indirect energy costs because you pay rent which includes heating costs. If you pay a vendor directly for heat or utilities, this payment is not intended to replace your personal payments and you must continue to pay your bills.

- Emergency HEAP Benefits of:
- \$ \_\_\_\_\_ to prevent shut off or restore natural gas or electric service to heat your home or to operate your primary heating equipment.
- \$ \_\_\_\_\_ to obtain non-utility fuel for heating.

**(Turn Page)**

\$ \_\_\_\_\_ the household is currently without heating fuel or has a heating fuel supply that is equal to or less than one quarter of the household's fuel tank (for oil, kerosene and propane) or has a heating fuel supply that is less than a 10 day supply (for wood, wood pellets and coal) and cannot get a delivery.

\$ \_\_\_\_\_ to repair or replace primary heating equipment.

\$ \_\_\_\_\_ to provide temporary relocation or emergency shelter because your household is facing an emergency home heating situation that is believed by HRA to be dangerous to the health or safety of household members.

- You are eligible for HEAP benefits but we are unable to provide a benefit at this time due to a lack of federal funds. If federal funds become available, and a benefit will be issued, you will be notified of your benefit amount.

**HOW WILL MY HEAP BENEFITS BE ISSUED?**

**PLEASE NOTE: BENEFITS WILL NOT BE ISSUED BEFORE THE HEAP PROGRAM YEAR OPENS AND FEDERAL FUNDS ARE AVAILABLE.**

- Your benefit will be sent directly to \_\_\_\_\_ for account number \_\_\_\_\_  
Allow at least 90 days for the vendor to credit your account. Credits will not be given to you in cash.

- Your benefit will be issued to you electronically since you are in receipt of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Temporary Assistance.  
Please see the "Information Section" of this notice on how to access your HEAP benefit.

- Your benefit will be issued as a check to you.

- Your benefit will be issued to you as a two party check and will be mailed  
 to you  to your vendor \_\_\_\_\_  
The check must be signed by both you and your vendor and will be applied to your account. No cash refunds will be given to you.

**PLEASE NOTE:** Checks that expire may only be sent out again if the request is made by September 30th of the HEAP program year for which the benefit was issued.

### **HOW IS MY HEAP BENEFIT (DECIDED OR ADDED)?**

If your heat is included in your rent, your regular HEAP benefit is based on your household's gross monthly income.

If you pay for heat directly, your regular HEAP benefit is based on the following factors:

- Your household's gross monthly income and your household size.
- The presence of an individual who is under age 6, age 60 or older, or disabled (Vulnerable Member in Household) must live in your household.
- Primary heating source fuel type.

Emergency HEAP benefits are (decided or added) based on the following factors:

- The type of emergency situation.
- Your household's gross monthly income and your household size.
- Primary heating source fuel type.

The information in the following pages explains in more detail how your specific HEAP benefit has been decided.

**This decision is based on New York Social Services Law § 97, 18 N.Y.C.R.R. Part 393, and the current NYS HEAP State Plan. The State plan is available online at the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at:**  
<http://otda.ny.gov/programs/heap/stateplan.asp>.

**Table 1**  
**MONTHLY INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES**

<b>Household Size</b>	<b>Tier I</b>	<b>Tier II</b>
1	\$0 – \$1,315	\$1,316 – \$2,391
2	\$0 – \$1,783	\$1,784 – \$3,127
3	\$0 – \$2,251	\$2,252 – \$3,863
4	\$0 – \$2,719	\$2,720 – \$4,598
5	\$0 – \$3,187	\$3,188 – \$5,334
6	\$0 – \$3,655	\$3,656 – \$6,070
7	\$0 – \$4,123	\$4,124 – \$6,208
8	\$0 – \$4,591	\$4,592 – \$6,346
9	\$0 – \$5,059	\$5,060 – \$6,483
10	\$0 – \$5,527	\$5,528 – \$6,621
11	\$0 – \$5,995	\$5,996 – \$6,918
11+	+\$468 per additional household member	+\$540 per additional household member

Households that pay separately for heat (heater households) and are within the Tier I income guideline have a fixed \$26 HEAP supplement added to their HEAP benefit amount.

**Table 2**  
**REGULAR HEAP BENEFIT**

<b>PRIMARY HEAT SOURCE TYPE BASE BENEFIT AMOUNT</b>	<b>HEAP SUPPLEMENT</b> The following amounts are added to the base benefit, if applicable
<b>DELIVERABLE FUELS</b> (Oil, Kerosene, Propane) \$675	+ \$26 for Tier I Household + \$25 for Vulnerable Person in Household
<b>UTILITIES</b> (Natural Gas, PSC Regulated Utilities) \$350	
<b>MUNICIPAL ELECTRIC HEAT</b> \$350	
<b>DELIVERABLE FUELS</b> (Wood, Pellets, Coal, Corn) \$525	

**(Turn Page)**

### Home Energy Assistance Program (HEAP) Heating Calculation Worksheet – Regular HEAP

Applicant's Name: \_\_\_\_\_ Reference Number: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Enter Amounts**

**1. Main Heating Source Type**

Your household's main heat type is: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**2. Vulnerable Person in Household.**

Your household contains someone:

Under age 6     Age 60 or older     Disabled

None of the above \$ \_\_\_\_\_

**3. Income Tier**

Monthly Income: \$ \_\_\_\_\_ Household Size: \_\_\_\_\_

Income Tier: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Note: The \$ \_\_\_\_\_ HEAP supplement applies to Tier I

**4. Add Lines 1, 2, and 3**

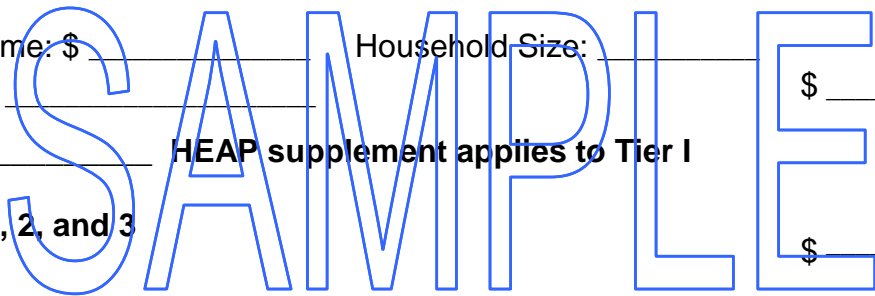
\$ \_\_\_\_\_

**5. Prior Regular HEAP benefit received in current HEAP program year, if any**

\$ \_\_\_\_\_

**6. Subtract Line 5 from line 4**

**Total Benefit** \$ \_\_\_\_\_



**Emergency HEAP Benefit Amounts**

<b>Emergency Situation (Fuel Type)</b>	
<b>PSC Heat Related Domestic Only</b>	\$140
<b>Natural Gas Heat Only</b>	\$350
<b>Natural Gas Combined with Heat Related Domestic</b>	\$490
<b>Electric Heat</b>	\$490
<b>Wood, Pellets, Coal, Corn</b>	\$525
<b>Non-Utility Heating (oil, kerosene and propane)</b>	\$675

**NOTE:**

The Emergency HEAP benefit amounts, listed in the table above, are set forth in the current New York State HEAP Plan. Pursuant to the current New York State HEAP Plan, the New York State Office of Temporary and Disability Assistance may change the Emergency HEAP eligibility criteria and/or the Emergency HEAP benefit amount based on the availability of funds. For the most current information on the HEAP Program please refer to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance website at:

<http://otda.ny.gov/programs/heap/stateplan.asp>.



## **INFORMATION SECTION**

**HEAT INCLUDED BENEFIT ISSUED ON AN EBT CARD:** Your benefit may be issued electronically if you are in receipt of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Temporary Assistance (TA). You can access your benefit using your EBT (Electronic Benefit Transfer) card and PIN number. You will receive your benefit when you access your cash account AFTER the HEAP funds become available.

You may check your cash account balance by calling the toll-free number at 1-888-328-6399. The HEAP benefit will automatically expire 90 days from the date of issuance and can only be re-issued if the request is made by September 30th of the HEAP program year for which the benefit was issued.

**HEATER BENEFITS:** Any HEAP benefit you are eligible for is paid directly to your vendor. Funds remain on your account until used up. Funds paid directly to a vendor not expended within 24 months of receipt by your vendor will be returned to NYS and will not be re-issued or cashed out. HEAP funds will not be cashed to you for any reason. Your benefit is for your household's use only. Unspent funds are not issued to estates. Fuel purchased with HEAP funds may not be resold. Vendor funds may be re-issued to another vendor if you change vendors.

You may be referred for weatherization assistance or to your utility company's low income program. You may be contacted by the weatherization provider and/or your utility company about these services. You are not obligated to accept these services.

You may also be eligible for food assistance. Check your eligibility and apply for SNAP at <https://www.mybenefits.ny.gov>.

## **CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION**

### **AGENCY CONFERENCE**

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (a conference is an informal meeting with us). To do this, call (212) 331-3126 or write to us at the address on page 1 of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you participate in a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### **STATE FAIR HEARING**

**How to ask for a Fair Hearing:** If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair hearing by telephone, writing, fax, in person or online.

**(1) TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)

**(2) ONLINE:** Complete an online request form at:  
<http://otda.ny.gov/oah/>

**(3) WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
**Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201**  
(Please keep a copy for yourself.)

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

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

**(Turn Page)**

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

**Legal Assistance:** If you need free legal advice, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers".

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing.

To ask for documents or to find out how to look at your file: call (212) 331-3126, (718) 557-1399, fax (212) 620-5063 or write to **HRA/Home Energy Assistance Program, P.O. Box 1401, Church Street Station, New York, NY 10008**. 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.

**In any request for documents, please provide the Case Name, Case Number and Date listed on Page # 1 of this notice.**

**AVAILABILITY OF POLICY MATERIALS:** The New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) and HRA policy issuances and manuals are available to you or your representative to determine whether a fair hearing should be requested or to prepare for a fair hearing. The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) policy issuances and manuals are posted on the OTDA website at [otda.ny.gov/legal](http://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. To request policy issuances and manuals, call (718) 722-5012, or fax (718) 722-5018, or email [CRO@hra.nyc.gov](mailto:CRO@hra.nyc.gov), or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**.

**FAIR HEARING REQUEST**

**Deadline:** You have 60 days from the date of this notice to request a Fair Hearing.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

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

SAMPLE

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

First Name \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_ Center: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Street \_\_\_\_\_ Apartment \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

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



## Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP) Aviso Sobre la Decisión de Elegibilidad – Aprobación

FECHA DE AVISO	<b>HRA/HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM POST OFFICE BOX NO. 1401 CHURCH STREET STATION NEW YORK, NY 10008</b>
NÚMERO DE CASO	
NOMBRE DEL CASO Y DIRECCIÓN (y nombre de la persona a cargo, si se encuentra presente)	

**ACCIÓN TOMADA:** Su hogar ha sido aprobado para recibir beneficios del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP, por sus siglas en inglés):

- Beneficios normales de HEAP      Cantidad \$ \_\_\_\_\_
- Calefacción (Usted paga la calefacción aparte del alquiler.)  
El tipo de combustible que usted tiene es \_\_\_\_\_.  
Su ingreso es \$ \_\_\_\_\_. Usted se encuentra en el  nivel 1  nivel 2
- Hay una persona vulnerable viviendo en su hogar.       Sí       No
- La calefacción está incluida en su alquiler y no paga la calefacción por separado.  
Su ingreso es \$ \_\_\_\_\_. Usted se encuentra en el  nivel 1  nivel 2
- Usted vive en una vivienda subvencionada o en un centro de cuidado colectivo y se ha determinado que tiene un costo mínimo de calefacción.
- Este suplemento es un beneficio de una sola vez, para ayudarle a cubrir el costo anual de calefacción o para cubrir el costo indirecto de energía, debido a que usted paga alquiler, el cual incluye el costo de la calefacción. Si usted paga la calefacción directamente al proveedor, u otros servicios públicos, este pago no reemplazará sus pagos personales y usted tendrá que seguir pagando sus facturas.
- Beneficios HEAP de Emergencia:
- \$ \_\_\_\_\_ para prevenir desconexión servicio o para restablecer el servicio eléctrico o de gas natural, para calentar el hogar o hacer funcionar el equipo de calefacción principal.
- \$ \_\_\_\_\_ para obtener combustible no proveniente de proveedores de servicios públicos, para la calefacción.

**(Voltee la página)**

\$ \_\_\_\_\_ En el presente, el hogar no tiene combustible para calefacción o tiene un suministro de combustible igual a, o menos de un cuarto de tanque (de petróleo, queroseno, propano), o tiene un suministro de menos de 10 días (de madera, gránulos de madera y carbón) y no puede recibir entrega.

\$ \_\_\_\_\_ para reparar o reemplazar el equipo de calefacción principal.

\$ \_\_\_\_\_ para proporcionar traslado provisional o albergue de emergencia porque su hogar se enfrenta a una situación urgente de calefacción doméstica, la cual la HRA considera ser una situación peligrosa para la salud y la seguridad de los miembros del hogar.

- Usted es elegible para recibir beneficios de HEAP pero no podemos proporcionar beneficios en este momento, debido a la falta de fondos federales. Si surgen fondos federales y se expide algún beneficio, usted será notificado(a) sobre la cantidad.

### **¿CÓMO SE EXPEDIRÁN MIS BENEFICIOS DE HEAP?**

**TENER EN CUENTA:** LOS BENEFICIOS DE HEAP NO SE EXPEDIRÁN ANTES DEL INICIO DEL AÑO DEL PROGRAMA HEAP Y DE LA DISPONIBILIDAD DE FONDOS FEDERALES.

- Su beneficio será enviado directamente a \_\_\_\_\_ para ser acreditado al número de cuenta \_\_\_\_\_.  
Permita que pasen por lo menos 90 días para que el proveedor acredite su cuenta. El crédito no le será entregado a usted en efectivo.
- Su beneficio será expedido electrónicamente, ya que usted es beneficiario del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o de la Asistencia Temporal.  
Favor de ver la "Sección de Información" para informarse de cómo acceder al beneficio de HEAP.
- Su beneficio será expedido en un cheque a su nombre.
- Su beneficio será expedido en un cheque a su nombre y a nombre del proveedor y le será enviado por correo a  usted al  proveedor \_\_\_\_\_.  
El cheque tiene que ser firmado por ambos, usted y el proveedor, y será acreditado a su cuenta. No se le expedirá reembolso en efectivo a usted.

**TENER EN CUENTA:** Los cheques que se venzan solo se volverán a enviar si se hace la petición antes del 30 de septiembre del año del programa de HEAP en que fue expedido el beneficio.

## **¿CÓMO SE DECIDE O SE AÑADE EL BENEFICIO DE HEAP?**

Si la calefacción está incluida en el alquiler, su beneficio de HEAP normal se basa en el ingreso bruto mensual del hogar.

Si usted paga la calefacción directamente al proveedor, su beneficio de HEAP normal se basa en los siguientes factores:

- El ingreso bruto mensual del hogar y el número de integrantes.
- La presencia de una persona de 6 años de edad, de 60 años o mayor, o una persona discapacitada (miembro vulnerable del hogar) viviendo en el hogar.
- El tipo de fuente de combustible para calefacción principal.

Los beneficios de emergencia de HEAP se deciden o se añaden en base a los siguientes factores:

- El tipo de emergencia.
- El ingreso bruto mensual del hogar y el número de integrantes.
- El tipo de fuente principal de combustible para calefacción.

La información que sigue en las siguientes páginas explica en detalle cómo se ha decidido su beneficio de HEAP.

**Esta decisión se basa en la Ley de Servicios Sociales de Nueva York § 97, 18 N.Y.C.R.R. Parte 393, y en el plan actual de HEAP del Estado de Nueva York. El plan estatal está disponible en el sitio web de la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados: <http://otda.ny.gov/programs/heap/stateplan.asp>.**

**Tabla 1**  
**PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESO MENSUAL**

Número de integrantes del hogar	Nivel I	Nivel II
1	\$0 – \$1,315	\$1,316 – \$2,391
2	\$0 – \$1,783	\$1,784 – \$3,127
3	\$0 – \$2,251	\$2,252 – \$3,863
4	\$0 – \$2,719	\$2,720 – \$4,598
5	\$0 – \$3,187	\$3,188 – \$5,334
6	\$0 – \$3,655	\$3,656 – \$6,070
7	\$0 – \$4,123	\$4,124 – \$6,208
8	\$0 – \$4,591	\$4,592 – \$6,346
9	\$0 – \$5,059	\$5,060 – \$6,483
10	\$0 – \$5,527	\$5,528 – \$6,621
11	\$0 – \$5,995	\$5,996 – \$6,918
11+	+\$468 por integrante adicional del hogar	+\$540 por integrante adicional del hogar

Se le añade a aquellos hogares que pagan calefacción por separado (hogares con calentadores) y que están en el nivel 1 de las pautas de ingreso mensual, un suplemento fijo de HEAP de \$26, aparte de la cantidad del beneficio de HEAP.

**Tabla 2**  
**BENEFICIO NORMAL DE HEAP**

FUENTE DE CALEFACCIÓN PRINCIPAL CANTIDAD BÁSICA DEL BENEFICIO	SUPLEMENTO DE HEAP Se añaden las siguientes cantidades al beneficio básico, si corresponde
<b>COMBUSTIBLE DISTRIBUIBLE</b> (Petróleo, queroseno, propano) \$675	+ \$26 para hogares de nivel I + \$25 para hogares que incluyen a una persona vulnerable
<b>SERVICIOS PÚBLICOS</b> (Gas natural, servicios regulados de PSC ) \$350	
<b>CALEFACCIÓN ELÉCTRICA MUNICIPAL</b> \$350	
<b>COMBUSTIBLE DISTRIBUIBLE</b> (Madera, gránulos de madera, carbón, maíz) \$525	

(Voltee la página)



### Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP) Hoja de cálculo de calefacción – HEAP Normal

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Número de referencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Ingrese la  
cantidad**

**1. Fuente principal de calefacción**

El tipo de calefacción principal del hogar es: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**2. Persona vulnerable en el hogar  
Su hogar incluye a una persona:**

menor de 6 años     de 60 años o mayor     discapacitada

ninguna de las anteriores

**3. Nivel de ingreso**

Ingreso mensual: \$ \_\_\_\_\_ Número de integrantes: \_\_\_\_\_

Nivel de ingreso: \_\_\_\_\_

**Nota: El suplemento de HEAP de \$ \_\_\_\_\_ le corresponde al nivel I.**

**4. Sume las líneas 1, 2 y 3.**

\$ \_\_\_\_\_

**5. Beneficio de HEAP Normal anterior, recibido en el año de HEAP actual, si corresponde**

\$ \_\_\_\_\_

**6. Reste la línea 5 de la cantidad en la línea 4**

**Beneficio total** \$ \_\_\_\_\_

**(Voltee la página)**

**Cantidades del Beneficio de HEAP de Emergencia**

<b>Situación de emergencia (tipo de combustible)</b>	
<b>Relacionada con la calefacción de PSC sólo doméstica</b>	\$140
<b>Calefacción solo a base de gas natural</b>	\$350
<b>Gas natural combinado con lo relacionado a la calefacción doméstica</b>	\$490
<b>Calefacción eléctrica</b>	\$490
<b>Madera, gránulos de madera, carbón, maíz</b>	\$525
<b>Calefacción no proveniente de los servicios públicos (petróleo, queroseno y propano)</b>	\$675

**NOTA:**

Las cantidades de beneficio de HEAP de Emergencia, listadas en la tabla anterior, están establecidas en el plan actual de HEAP del estado de Nueva York. Conforme al plan actual de HEAP del estado de Nueva York, la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados del estado de Nueva York podría cambiar el criterio de elegibilidad del beneficio HEAP de Emergencia, y/o la cantidad del beneficio HEAP de Emergencia, basado en la disponibilidad de fondos. Para acceder a la información más actual sobre el programa de HEAP, favor de consultar el sitio web de la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados del estado de Nueva York: <http://otda.ny.gov/programs/heap/stateplan.asp>.

**(Voltee la página)**

## **SECCIÓN DE INFORMACIÓN**

**BENEFICIO DE CALEFACCIÓN INCLUIDO EXPEDIDO EN LA TARJETA EBT:** Su beneficio podría ser expedido electrónicamente si usted es recipiente del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o de la Asistencia Temporal (TA, por sus siglas en inglés). Usted puede acceder a su beneficio utilizando la tarjeta EBT (Transferencia Electrónica de Beneficios) y el número de clave (PIN, por sus siglas en inglés). Usted recibirá su beneficio cuando acceda a su cuenta en efectivo DESPUÉS de que los fondos de HEAP estén disponibles.

Usted puede verificar el balance de su cuenta en efectivo llamando al número gratuito 1-888-328-6399. El beneficio de HEAP se vencerá automáticamente 90 días después de ser expedido y solo se podrá volver a expedir si se hace la petición antes del 30 de septiembre del año del programa de HEAP en que fue expedido el beneficio.

**BENEFICIOS DE CALEFACCIÓN:** Cualquier beneficio de HEAP para el cual usted califique se pagará directamente al proveedor. Los fondos permanecerán en su cuenta hasta que sean utilizados. Los fondos que se paguen al proveedor y que no se cobren dentro de 24 meses después de ser recibidos, serán devueltos al estado de Nueva York y no serán expedidos de nuevo, ni serán sustraídos en efectivo. Los fondos de HEAP no le serán entregados en efectivo a usted por ningún motivo. Su beneficio es solo para el uso del hogar. Los fondos no utilizados no se expiden a sucesores. El combustible adquirido con fondos de HEAP no puede ser revendido. Los fondos del proveedor podrían expedirse nuevamente si usted cambia de proveedor.

Usted podría ser referido(a) al programa de climatización o de bajos ingresos de su compañía de servicios públicos. Usted podría ser contactado por el proveedor de climatización y/o por la compañía de servicios públicos para conversar sobre estos servicios. Usted no está en la obligación de aceptar estos servicios.

Usted también podría ser elegible para recibir asistencia de alimentos. Verifique su elegibilidad y solicite aquí los beneficios de SNAP: <https://www.mybenefits.ny.gov>.

**(Voltee la página)**

## **INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS y AUDIENCIAS IMPARCIALES**

### **CONFERENCIA DE LA AGENCIA**

Si usted considera errónea nuestra decisión, o si no la entiende, por favor llámenos para programar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al (212) 331-3126 o escribanos a la dirección en la página 1 de este aviso. A veces éste resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que tenga. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha solicitado una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### **AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL**

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted considera errónea(s) la(s) decisión(es) que estamos tomando, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet

- (1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**.  
(Favor de tener este aviso a la mano al llamar.)
- (2) POR INTERNET:** Llene un formulario de petición electrónica en:  
<http://otda.ny.gov/oah/>
- (3) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" rellenada, a:  
**Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201**  
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (4) FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" rellenada: **(518) 473-6735**.
- (5) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" rellenada, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance), a **14 Boerum Place, Brooklyn NY 11201**.

**(Voltee la página)**

### **Qué Puede Esperar de la Audiencia Imparcial:**

El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: contratos de arrendamiento, cuentas, talones de paga, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted tiene que proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

**Asistencia Legal:** Si necesita asistencia legal gratuita, puede obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas bajo "lawyers" (abogados).

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le enviaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial.

Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llame al (212) 331-3126, (718) 557-1399, por fax al (212) 620-5063 o escriba a **HRA/Home Energy Assistance Program, P.O. Box 1401, Church Street Station, New York, NY 10008**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe solicitarlas con anticipación. Éstas se le proveerán dentro de un plazo adecuado antes. Se le enviarán por correo los documentos sólo si así los solicita específicamente.

**En toda petición de documentos, favor de proporcionar el número de caso, y la fecha listada en la Página 1 de este aviso.**

**DISPONIBILIDAD DE MATERIALES DE POLÍTICA:** Las expediciones de la política de la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados (OTDA) y las expediciones de la política y manuales la HRA están disponibles para usted y su representante para determinar si se debe solicitar una Audiencia Imparcial y prepararse para la misma. Las expediciones y manuales de la política de OTDA se publican en el sitio Web de la OTDA en **[otda.ny.gov/legal](http://otda.ny.gov/legal)**. Estas expediciones y manuales están disponibles para usted o su representante para determinar si se debe solicitar una audiencia imparcial o para prepararse para la misma. Para solicitar expediciones de políticas y manuales, llame al (718) 722-5012, o envíe un fax al (718) 722-5018, o envíe correo electrónico a **[CRO@hra.nyc.gov](mailto:CRO@hra.nyc.gov)**, o escriba a **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**.

### PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

**Fecha Límite:** Usted tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una Audiencia Imparcial.

Si no logra comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

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

# SAMPLE

Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Núm. del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre I. Apellido Centro: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Calle Apartamento

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



The City of New York  
Human Resources Administration  
Home Energy Assistance Program  
Post Office Box 1401 – Church Street Station  
New York, New York 10008

HEAP-46b (E) (LDSS-3494B) 08/13/2018 (page 1 of 5) LLF

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

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

Case Type: \_\_\_\_\_

## HEAP PROGRAM NOTICE OF DENIAL

Your application for The Home Energy Assistance Program (HEAP) benefit is denied by NYC Human Resources Administration because:

SAMPLE

This decision is based on New York Social Services Law § 97, 18 N.Y.C.R.R. Part 393, and the current New York State HEAP Plan. The New York State HEAP Plan is available online at the New York State Office of Temporary and Disability Assistance website <http://otda.ny.gov/programs/heap/stateplan.asp>.

**(Turn Page)**

**MONTHLY INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES**

Household Size	Tier I	Tier II
1	\$0 – \$1,315	\$1,316 – \$2,391
2	\$0 – \$1,783	\$1,784 – \$3,127
3	\$0 – \$2,251	\$2,252 – \$3,863
4	\$0 – \$2,719	\$2,720 – \$4,598
5	\$0 – \$3,187	\$3,188 – \$5,334
6	\$0 – \$3,655	\$3,656 – \$6,070
7	\$0 – \$4,123	\$4,124 – \$6,208
8	\$0 – \$4,591	\$4,592 – \$6,346
9	\$0 – \$5,059	\$5,060 – \$6,483
10	\$0 – \$5,527	\$5,528 – \$6,621
11	\$0 – \$5,995	\$5,996 – \$6,918
11+	+\$468 per additional household member	+\$540 per additional household member

SAMPLE

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

**(Turn Page)**



## **CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION**

### **AGENCY CONFERENCE**

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (a conference is an informal meeting with us). To do this, call (212)331-3126 or write to us at the address on page 1 of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you participate in a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### **STATE FAIR HEARING**

**How to ask for a Fair Hearing:** If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair hearing by telephone, writing, fax, in person or online.

**(1) TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)

**(2) ONLINE:** Complete an online request form at:  
<http://otda.ny.gov/oah/>

**(3) WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:

**Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201**

(Please keep a copy for yourself.)

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

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

**(Turn Page)**

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

**Legal Assistance:** If you need free legal advice, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers".

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing.

To ask for documents or to find out how to look at your file: call (212)331-3126, (718)557-1399, fax (212)620-5063 or write to **HRA/Home Energy Assistance Program, P.O. Box 1401, Church Street Station, New York, NY 10008**. 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.

**In any request for documents, please provide the Case Name, Case Number and Date listed on Page # 1 of this notice.**

**AVAILABILITY OF POLICY MATERIALS:** The New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) and HRA policy issuances and manuals are available to you or your representative to determine whether a fair hearing should be requested or to prepare for a fair hearing. The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) policy issuances and manuals are posted on the OTDA website at [otda.ny.gov/legal](http://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. To request policy issuances and manuals, call (718) 722-5012, or fax (718) 722-5018, or email [CRO@hra.nyc.gov](mailto:CRO@hra.nyc.gov), or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**.

(Turn Page)

**FAIR HEARING REQUEST**

**Deadline:** You have 60 days from the date of this notice to request a Fair Hearing.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

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

SAMPLE

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

First Name \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_ Center: \_\_\_\_\_

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

Street \_\_\_\_\_ Apartment \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

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



The City of New York  
Human Resources Administration  
Home Energy Assistance Program  
Post Office Box 1401 – Church Street Station  
New York, New York 10008

HEAP-46b (S) (LDSS-3494B) 08/13/2018 (page 1 of 5) LLF

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de caso: \_\_\_\_\_

Tipo de caso: \_\_\_\_\_

### AVISO DE RECHAZO DEL PROGRAMA HEAP

Su solicitud de beneficios del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP, por sus siglas en inglés) ha sido rechazada por la Administración de Recursos Humanos de NYC porque:

SAMPLE

Esta decisión se basa en la Ley de Servicios Sociales de Nueva York § 97, 18 N.Y.C.R.R. Parte 393 y en el actual Plan HEAP del Estado de Nueva York. El Plan HEAP del Estado de Nueva York está disponible en el sitio web de la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados del Estado de Nueva York: <http://otda.ny.gov/programs/heap/stateplan.asp>.

**(Voltee la página)**

### **PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESO MENSUAL**

<b>Número de integrantes del hogar</b>	<b>Nivel I</b>	<b>Nivel II</b>
<b>1</b>	\$0 – \$1,315	\$1,316 – \$2,391
<b>2</b>	\$0 – \$1,783	\$1,784 – \$3,127
<b>3</b>	\$0 – \$2,251	\$2,252 – \$3,863
<b>4</b>	\$0 – \$2,719	\$2,720 – \$4,598
<b>5</b>	\$0 – \$3,187	\$3,188 – \$5,334
<b>6</b>	\$0 – \$3,655	\$3,656 – \$6,070
<b>7</b>	\$0 – \$4,123	\$4,124 – \$6,208
<b>8</b>	\$0 – \$4,591	\$4,592 – \$6,346
<b>9</b>	\$0 – \$5,059	\$5,060 – \$6,483
<b>10</b>	\$0 – \$5,527	\$5,528 – \$6,621
<b>11</b>	\$0 – \$5,995	\$5,996 – \$6,918
<b>11+</b>	+\$468 por integrante adicional del hogar	+\$540 por integrante adicional del hogar

SAMPLE

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

**(Voltee la página)**

## **INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS y AUDIENCIAS IMPARCIALES**

### **CONFERENCIA DE LA AGENCIA**

Si usted considera errónea nuestra decisión, o si no la entiende, por favor llámenos para programar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al (212) 331-3126 o escribanos a la dirección en la página 1 de este aviso. A veces éste resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que tenga. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha solicitado una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### **AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL**

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted considera errónea(s) la(s) decisión(es) que estamos tomando, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet

- (1) POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**.  
(Favor de tener este aviso a la mano al llamar.)
- (2) POR INTERNET:** Llene un formulario de petición electrónica en:  
<http://otda.ny.gov/oah/>
- (3) POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" rellenada, a:  
**Office of Administrative Hearings**  
**New York State Office of Temporary and Disability Assistance**  
**P.O. Box 1930**  
**Albany, NY 12201**  
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (4) FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" rellenada: **(518) 473-6735**.
- (5) EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" rellenada, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance), a **14 Boerum Place, Brooklyn NY 11201**.

**(Voltee la página)**

### **Qué Puede Esperar de la Audiencia Imparcial:**

El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: contratos de arrendamiento, cuentas, talones de paga, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted tiene que proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

**Asistencia Legal:** Si necesita asistencia legal gratuita, puede obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas bajo "lawyers" (abogados).

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le enviaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial.

Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llame al (212) 331-3126, (718) 557-1399, por fax al (212) 620-5063 o escriba a **HRA/Home Energy Assistance Program, P.O. Box 1401, Church Street Station, New York, NY 10008**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe solicitarlas con anticipación. Éstas se le proveerán dentro de un plazo adecuado antes. Se le enviarán por correo los documentos sólo si así los solicita específicamente.

**En toda petición de documentos, favor de proporcionar el número de caso, y la fecha listada en la Página 1 de este aviso.**

**DISPONIBILIDAD DE MATERIALES DE POLÍTICA:** Las expediciones de la política de la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados (OTDA) y las expediciones de la política y manuales la HRA están disponibles para usted y su representante para determinar si se debe solicitar una Audiencia Imparcial y prepararse para la misma. Las expediciones y manuales de la política de OTDA se publican en el sitio Web de la OTDA en **otda.ny.gov/legal**. Estas expediciones y manuales están disponibles para usted o su representante para determinar si se debe solicitar una audiencia imparcial o para prepararse para la misma. Para solicitar expediciones de políticas y manuales, llame al (718) 722-5012, o envíe un fax al (718) 722-5018, o envíe correo electrónico a [CRO@hra.nyc.gov](mailto:CRO@hra.nyc.gov), o escriba a **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**.

## PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

**Fecha Límite:** Usted tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una Audiencia Imparcial.

Si no logra comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

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

# SAMPLE

Letra de  
Molde:

Nombre

I.

Apellido

Núm. del Caso:

Centro:

Address:

Calle

Apartamento

Teléfono:

Ciudad

Estado

Código Postal

Firma:

Fecha:





## HEAP Office Addresses (HEAP Season 2018-2019)

<b>Location:</b>	<b>Days of Operation:</b>	<b>Floor:</b>	<b>Borough:</b>	<b>Zip code:</b>
122 East 124th Street	Monday - Friday	Lobby	Manhattan	10035
1932 Arthur Avenue	Monday - Friday	Lobby	Bronx	10457
1775 Grand Concourse	Monday-Friday	Lobby	Bronx	10453
3050 West 21st Street	Monday - Friday	1st	Brooklyn	11224
88 3rd Avenue	Monday - Friday	1st	Brooklyn	11217
345 Jay Street	Monday - Friday	Lobby	Brooklyn	11201
1535 Pitkin Avenue	Monday - Friday	Lobby	Brooklyn	11212
165-08 88th Avenue	Monday - Friday	5th	Queens	11432
89-67 162nd Street	Monday - Friday	Lobby	Queens	11432
33-28 Northern Blvd	Monday - Friday	Lobby	Queens	11101
120-55 Queens Blvd, Room 225	Monday & Wednesday	2nd	Queens	11424
136-20 38th Avenue, Room 10A	Wednesday & Thursday	10th	Queens	11354
10 Richmond Terrace	Monday - Friday	4th	Staten Island	10301
201 Bay Street	Monday - Friday	1st	Staten Island	10301
2031 Forrest Avenue	Monday - Friday	Lobby	Staten Island	10303
<b>HEAP Mailing Address:</b>	<b>NYC HEAP            PO Box 1401            Church Street Station            New York, NY 10008</b>			



## New York City Home Energy Assistance Program Emergency Verification Form

### CUSTOMER INFORMATION

Name of Customer: \_\_\_\_\_

Current Address: \_\_\_\_\_ Apartment: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: NY Zip Code: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Customer Account Number: \_\_\_\_\_ **Balance Due: \$** \_\_\_\_\_

### VENDOR INFORMATION

Vendor Name: \_\_\_\_\_

Type: <input type="checkbox"/> Fuel Oil	Tank Size: <input type="checkbox"/> 275	Date of Last Delivery: ____ / ____ / ____	Heating: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Natural Gas	<input type="checkbox"/> 550	Volume: _____	Active: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Electric	<input type="checkbox"/> 1080	Price Per Gallon: \$ _____	Locked Meter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Wood		Minimum Delivery: _____	

**Disconnect Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      **Extension Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Benefit Amount Approved: \$ \_\_\_\_\_      Approved for:  Regular     Emergency  
 Heat-Related

Representative Name: \_\_\_\_\_      Time called:  AM  PM

### DELIVERY INFORMATION

**Scheduled for Delivery:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Remarks: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature of Clerical Worker**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
**Date**



**Department of  
Social Services**

Human Resources Administration  
Department of Homeless Services

Homelessness Prevention  
Administration

HPA-69b (E) 12/11/2018 LLF

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

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

**Dear:** \_\_\_\_\_

I am contacting you on behalf of the Landlord Management Unit Outreach Team.

Our records show that your landlord has not been cashing your rent checks over the last six (6) months. This could result in the loss of your apartment. We would like to talk with you about this to see if we can help.

We may be able to help you with other resources and services to keep you in your home.

**For more information, please call us at 929-221-5888 as soon as possible.**

Sincerely,

\_\_\_\_\_  
Landlord Management Unit  
4 World Trade Center  
150 Greenwich Street, New York, N.Y. 10006  
Landlord Management Hotline: 929-221-5888  
Email: [HPALandlordmanagement@hra.nyc.gov](mailto:HPALandlordmanagement@hra.nyc.gov)



Fecha: \_\_\_\_\_

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

**Estimado(a):** \_\_\_\_\_

Me comunico con usted en nombre del Equipo de Ayuda Comunitaria de la Unidad para la Administración del Arrendador.

Nuestros registros muestran que su arrendador no ha cobrado los cheques de alquiler durante los últimos seis (6) meses. Esto podría resultar en la pérdida de su apartamento. Nos gustaría conversar con usted sobre esto para ver si le podemos ayudar.

Nosotros podríamos ayudarle con otros recursos y servicios para que usted pueda permanecer en su hogar. **Para recibir más información, favor de llamarnos lo antes posible al 929-221-5888.**

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Landlord Management Unit  
(Unidad para la Administración del Arrendador)  
4 World Trade Center  
150 Greenwich Street, New York, N.Y. 10006  
Línea directa de la Administración del Arrendador: 929-221-5888  
Correo electrónico: [HPALandlordmanagement@hra.nyc.gov](mailto:HPALandlordmanagement@hra.nyc.gov)



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

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

Dear: \_\_\_\_\_

I am writing you on behalf of the Early Intervention Outreach Team. We help families and individuals who need emergency rental assistance, legal assistance, or both.

The City Marshal's Office told us that you are facing eviction because of rent arrears. Rent arrears means overdue rent.

You may be eligible for Emergency Rental Assistance. This can help you pay your rent arrears.

We may be able to offer you other help and services to keep you in your home. **For more information, please call the telephone number below to speak with me.**

Sincerely,

\_\_\_\_\_  
Early Intervention Outreach Team  
HRA

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



Fecha: \_\_\_\_\_

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

**Estimado(o):** \_\_\_\_\_

Le escribo en nombre del Equipo de Ayuda Comunitaria para Intervención Temprana. Nosotros ayudamos a personas y a familias que necesitan asistencia de alquiler de emergencia, asistencia legal o ambas.

La oficina del Alguacil de la Ciudad nos informó que usted se enfrenta al desalojo por atraso de alquiler. Atraso de alquiler significa que tiene pagos pendientes.

Usted podría ser elegible para la Asistencia de Alquiler de Emergencia. Esto le puede ayudar a pagar al atraso de alquiler.

Nosotros podríamos ofrecerle otra ayuda y servicios para que pueda permanecer en su hogar. **Para obtener más información, favor de llamar al número de teléfono que sigue a continuación para conversar conmigo.**

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Equipo de Ayuda Comunitaria de la HRA  
para Intervención Temprana

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono



**Department of Social Services**  
Human Resources Administration  
Department of Homeless Services

Homelessness Prevention Administration

HPA-69d (E) 12/10/2018 LLF

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

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

Dear \_\_\_\_\_:

We were told that your landlord is bringing a petition in Housing Court against you. This petition could result in the loss of your apartment. We would like to talk with you about your rent situation to see whether we can help you. **Please call the telephone number below to speak with me.**

SAMPLE

We would greatly appreciate a call from you to let us know if you have already solved your rent problem.

Sincerely,

\_\_\_\_\_  
Early Intervention Outreach Team  
HRA

\_\_\_\_\_  
Telephone number



Fecha: \_\_\_\_\_

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

SAMPLE

Estimado(a) \_\_\_\_\_

Se nos ha informado que su arrendador está tramitando una petición en el Tribunal de Vivienda en contra suya. Esta petición podría resultar en la pérdida de su apartamento. Nosotros deseamos hablar con usted sobre su situación de alquiler para determinar si le podemos ayudar. **Favor de llamar al número de teléfono que sigue a continuación para hablar conmigo.**

Nosotros agradeceríamos mucho una llamada de su parte para saber si usted ya ha solucionado el problema del alquiler.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Equipo de Ayuda Comunitaria de la HRA para  
Intervención Temprana

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono





Department of Social Services  
Human Resources Administration  
Department of Homeless Services

Homelessness Prevention Administration

HPA-69e (S) 12/10/2018 LLF

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

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

Dear \_\_\_\_\_:

We were told that your landlord is bringing a petition in Housing Court against you. This petition could result in the loss of your apartment and Section 8 voucher. We would like to talk with you about your rent situation to see whether we can help you. **Please call the telephone number below to speak with me.**

We would greatly appreciate a call from you to let us know if you have already solved your rent problem.

Sincerely,

\_\_\_\_\_  
Early Intervention Outreach Team  
HRA

\_\_\_\_\_  
Telephone number

SAMPLE



Fecha: \_\_\_\_\_

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

SAMPLE

Estimado(a) \_\_\_\_\_

Se nos ha informado que su arrendador está tramitando una petición en el Tribunal de Vivienda en contra suya. Esta petición podría resultar en la pérdida de su apartamento y el vale de la Sección 8. Nosotros deseamos hablar con usted sobre su situación de alquiler para determinar si le podemos ayudar. **Favor de llamar al número de teléfono que sigue a continuación para hablar conmigo.**

Nosotros agradeceríamos mucho una llamada de su parte para saber si usted ya ha solucionado el problema del alquiler.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Equipo de Ayuda Comunitaria de la HRA para  
Intervención Temprana

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

## Family Homelessness & Eviction Prevention Supplement (FHEPS) Fact Sheet

### What is FHEPS?

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

FHEPS can be used to remain in your home, to move within New York City, or to move out of shelter if you have already lost your home.

If you qualify for FHEPS, part of your rent is covered by a FHEPS supplement paid directly to your landlord. The FHEPS payment is in addition to the shelter allowance you get for your CA case.

If you or someone you share your apartment or house with has income, you may have to pay part of the rent yourself.

### How do I know if I qualify for FHEPS?

To qualify for FHEPS your family must include a child under 18 years of age, a child under 19 years of age who is enrolled full-time in high school or a vocational or technical program, or a pregnant woman **AND** you must either have an active CA case **OR**, if you are in shelter, qualify for CA once you leave shelter. You must also meet **ONE** of the following requirements:

- You are in HRA shelter.
- You are in DHS shelter and eligible for HRA shelter.
- You are in a DHS shelter and were evicted\* in NYC sometime in the year before you entered shelter.
- You are currently in the process of being evicted in NYC or were evicted\* in NYC within the last 12 months.

### **\*Evicted can mean:**

- *An eviction proceeding against you or the person on the lease for your home.*
- *A foreclosure action for your building or home.*
- *A determination by a City agency that you must leave your building or home because of health and/or safety reasons.*

**How long can I get FHEPS?**

Eligible families can get FHEPS for up to five years. You can apply for an extension of FHEPS if you still need help. Your household must meet all eligibility requirements and prove that you have good cause for needing an extension.

**How do I know what FHEPS is going to pay my landlord and how much I will have to pay?**

The amount of a household’s FHEPS rent supplement will depend on your household’s income and the number of people in your household. The amount is decided when your FHEPS application is approved.

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

- If someone in your household receives CA and has income, such as from a job.
- If your household includes someone who is not required to be on your CA case, such as someone who receives SSI.

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

**How do I know what size apartment I should look for?**

FHEPS is based on a Maximum Rent and not an apartment size. The Maximum Rent amount will generally be the amounts on the chart below (some exceptions apply):

<b>FHEPS Program Maximum Rent Chart<sup>‡</sup></b> (as of October 2018)					
<b>Family Size</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Max Rent	\$1,246	\$1,303	\$1,557	\$1,557	\$2,010
<b>Family Size</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Max Rent	\$2,010	\$2,257	\$2,257	\$2,600	\$2,600

<sup>‡</sup>These maximum rents are available for families who are using FHEPS to move to a new apartment. The maximum available rent may be lower for families who are using FHEPS to keep their apartment.

**Please note that landlords are not allowed to charge any fees other than what is legally stated in the lease.** You should not agree to any side deals and should immediately call HRA at **311** or **929-221-0043** to tell us about any such requests.

You must be able to remain in the home you find for at least 12 months. An agreement or a lease in writing that says you can live in the home for 12 more months is required when you apply. All leases are between you and your landlord. The City is not a party to the lease.

### **Can I stay in the apartment I live in if I owe unpaid rent?**

In order to receive payments for unpaid rent, which is also sometimes called “rent arrears,” you must be able to stay in your apartment for at least 12 more months and have a lease or agreement in writing from your landlord.

A FHEPS payment of up to \$9,000 may be issued on behalf of an eligible family to pay the family’s portion of unpaid rent for any period of time when the family lived in the apartment. Your family did not have to be the tenants of record when the rent was first due. If a request is made for a payment that is greater than \$9,000, it will be considered on a case-by-case basis.

### **What else do I need to know about FHEPS?**

HRA needs to know about changes on your case. Changes **may increase or lower** your FHEPS rent supplement.

You **must** let HRA know if **any** of the following changes happen:

- Your rent changes.
- The landlord or the person that you pay rent to changes.
- The number of people on your CA case changes (for example, if there is a new baby in the household).
- The income of the people living in the apartment changes.

Also, if a household member does not do something HRA asks and they are sanctioned, the amount of your FHEPS supplement may change.\*\*

*\*\*When a household member is sanctioned, the household’s CA grant and shelter allowance will be lower. If a sanction happens, your FHEPS supplement will also be lower. You will have to pay the amount that the shelter allowance and FHEPS supplement are lowered by directly to your landlord for as long as the sanction is in place.*

The FHEPS rent supplement amount **will stop** if **either** of the following happens:

- Your family no longer has a CA case.
- Your family no longer has 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.

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

**I think I qualify for FHEPS, what do I do next?**

If you are not in a shelter and you are at risk of eviction or homelessness, you can call **311** to find a FHEPS provider.

If you are in a shelter, your FHEPS provider or shelter housing specialist/case manager will explain FHEPS in more detail and will help you in your search for an apartment.

Families in shelter who are approved for FHEPS may be eligible to receive a furniture allowance. You should work with your case manager to arrange for moving assistance. Landlords will receive one month full rent and an additional three months' rent supplement up-front. Landlords also receive a security voucher.

**I have a FHEPS apartment already, but I need help. Who can I call?**

Families who are at risk of eviction or have left a DHS shelter and need support may call **311** or **929-221-0043** to find their local Homebase homelessness prevention office.

Families who have left an HRA shelter should call **929-221-7270** to be connected to their local community-based nonresidential program.

**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

## Hoja de Datos Suplemento para la Falta de Vivienda Familiar y la Prevención del Desalojo (FHEPS)

### ¿Qué es FHEPS?

FHEPS es un suplemento de alquiler para las familias que reciben Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés) **y** que han sido desalojadas o se enfrentan al desalojo, o que perdieron su vivienda debido a violencia doméstica. Las familias que perdieron su vivienda debido problemas de salud o seguridad, o como resultado de fallos judiciales también podrían recibir FHEPS.

FHEPS puede ser utilizado para permanecer en su hogar, mudarse dentro de la ciudad de Nueva York, o mudarse a un refugio, si ya ha perdido su vivienda.

Si usted califica para recibir FHEPS, parte de su alquiler está cubierto por un suplemento de FHEPS pagado directamente al casero. El pago de FHEPS es adicional a la asignación de albergue que usted recibe por su caso de CA.

Si usted o alguien con quien comparte su apartamento o casa cuenta con ingresos, es posible que usted tenga que pagar parte del alquiler por cuenta propia.

### ¿Cómo sé si califico para recibir FHEPS?

Para calificar para recibir FHEPS su familia debe incluir a un niño menor de 18 años, a un niño menor de 19 años quien esté inscrito a tiempo completo en la escuela secundaria o en un programa profesional o técnico, o a una mujer embarazada, **Y** usted debe tener un caso de CA activo **O**, si usted está en un refugio, tener derecho a recibir CA una vez salga del refugio. Además, usted debe cumplir **UNO** de los siguientes requisitos:

- estar en un refugio de la HRA.
- estar en un refugio del DHS y ser elegible para refugio de la HRA.
- estar en un refugio del DHS y haber sido desalojado(a)\* en la ciudad de Nueva York durante el año en que ingresó al refugio.
- esta siendo desalojado(a) en la ciudad de Nueva York, o ha sido desalojado(a)\* en la ciudad de Nueva York dentro de los últimos 12 meses.

#### **\*Ser desalojado podría significar que:**

- *existe un procedimiento de desalojo en su contra o en contra de la persona nombrada en el contrato de arrendamiento de su hogar.*
- *existe un procedimiento de ejecución hipotecaria de su edificio o vivienda.*
- *existe una determinación de una agencia de la ciudad que exige que usted abandone su edificio o vivienda por motivos de salud y/o seguridad.*

### ¿Por cuánto tiempo puedo recibir FHEPS?

Las familias elegibles pueden recibir FHEPS por hasta cinco años. Usted puede presentar solicitud de una extensión de FHEPS, si sigue necesitando ayuda. Su hogar debe cumplir todos los requisitos de elegibilidad, además de probar que usted cuenta con motivo justificado para necesitar la extensión.

### ¿Cuánto le pagará el FHEPS a mi arrendador y cuánto tendré que pagar yo?

La cantidad del suplemento de alquiler de FHEPS para el hogar dependerá del ingreso y del número de integrantes de su hogar. El monto se determina a la hora de aprobar su solicitud de FHEPS.

FHEPS y la asignación de albergue de CA cubrirán el alquiler total de muchas familias. No obstante, hay dos excepciones importantes en las que usted o un miembro del hogar podrían tener que pagar una parte del alquiler:

- Si alguien en su hogar recibe CA y cuenta con ingreso, por ejemplo, de un empleo.
- Si su hogar incluye a alguien que no esté obligado a formar parte de su caso de CA, por ejemplo, alguien que reciba SSI.

**Usted debe pagar a su arrendador la diferencia entre lo que la HRA paga y el monto del alquiler.**

### ¿Qué tamaño de apartamento debo buscar?

FHEPS se basa en el máximo alquiler en vez del tamaño del apartamento. El monto del máximo alquiler equivaldrá normalmente a los montos en la siguiente tabla (con algunas excepciones):

<b>Tabla del máximo de alquiler del programa FHEPS<sup>‡</sup></b> (a partir de octubre de 2018)					
<b>Número de integrantes de la familia</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Máximo de alquiler	\$1,246	\$1,303	\$1,557	\$1,557	\$2,010
<b>Número de integrantes de la familia</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Máximo de alquiler	\$2,010	\$2,257	\$2,257	\$2,600	\$2,600

<sup>‡</sup>Estas cantidades máximas de alquiler están disponibles para las familias que utilizan FHEPS para mudarse a un nuevo apartamento. El máximo de alquiler disponible podría ser más bajo para las familias que utilicen FHEPS para conservar su apartamento.

**Favor de notar que a los arrendadores no se les permite cobrar ninguna cuota aparte de lo dispuesto legalmente en el contrato de arrendamiento.** Usted no debe aceptar ningún trato por separado y debe llamar de inmediato a la HRA al **311** o **929-221-0043** para notificar sobre cualquier petición de esa índole.



Usted debe permanecer en la vivienda que consiga durante por lo menos 12 meses. Se requiere un acuerdo o contrato escrito de arrendamiento que disponga que usted podrá permanecer en la vivienda 12 meses más, a partir del momento en que usted presente la solicitud. Todos los contratos de arrendamiento se realizarán entre usted y el arrendador. La ciudad de Nueva York no cuenta como una de las partes del contrato de arrendamiento.

### ¿Puedo permanecer en el apartamento en que vivo si debo alquiler?

Para recibir pagos por alquiler no pagados, que a veces se denomina “atrasos de alquiler”, usted debe permanecer en su apartamento durante por lo menos 12 meses adicionales y contar con un contrato o acuerdo escrito de arrendamiento del arrendador.

Puede emitirse un pago de FHEPS de hasta \$9,000 en nombre de una familia elegible para cubrir la parte del alquiler no pagado por la familia, por cualquier período durante el cual la familia vivió en el apartamento. Sus familiares no tienen que haber sido los inquilinos oficiales para la fecha en que se debió pagar el alquiler. Si se solicita un pago superior a \$9,000, éste se tomará en cuenta dependiendo de cada caso en particular.

### ¿Qué más debo saber sobre FHEPS?

La HRA necesita estar al tanto de los cambios en su caso. Los cambios **pueden aumentar o reducir** su suplemento de alquiler de FHEPS.

Usted **debe** informar a la HRA sobre **cualquiera** de los siguientes cambios:

- cambio en el alquiler
- cambio de arrendador o de la persona a quien usted paga el alquiler
- cambio del número de personas en su caso de CA (por ejemplo, si nace un bebé en el hogar)
- cambio de ingresos de las personas que viven en el apartamento.

Además, si un miembro del hogar no cumple una orden de la HRA y es sancionado, el monto de su suplemento de FHEPS puede cambiar\*\*.

*\*\*Cuando se sanciona a algún miembro del hogar, se disminuye la concesión de CA y la asignación de albergue. Si toma lugar una sanción, su suplemento de FHEPS también disminuirá. Usted tendrá que pagar directamente al arrendador el monto que fue reducido de la asignación de albergue y del suplemento de FHEPS mientras la sanción esté en vigor.*

El suplemento de alquiler de FHEPS **cesará** si se da **una de estas dos** circunstancias:

- Su familia ya no tiene un caso de CA.
- Su familia ya no tiene un menor de 18 años o menor de 19 años de edad, estudiante a tiempo completo quien asista regularmente a la escuela secundaria o a una escuela de nivel profesional o técnico.

**Usted debe reportar cualquiera de estos cambios a la HRA dentro de 10 días. Estos cambios pueden afectar el monto de su asignación de albergue, sus beneficios o elegibilidad para FHEPS.**

### **¿Creo que califico para recibir FHEPS, qué debo hacer ahora?**

Si usted no está en un refugio y corre riesgo de desalojo o de quedarse en la calle, puede llamar al **311** para conseguir un proveedor de FHEPS.

Si no está en un refugio, su proveedor de FHEPS o especialista/administrador de caso ofrecerá una explicación más detallada sobre FHEPS y le ayudará a buscar apartamento.

Las familias en refugio que han sido aprobadas para recibir FHEPS pueden ser elegibles para recibir una asignación para muebles. Usted debe colaborar con su administrador de caso para coordinar la asistencia para la mudanza. Los arrendadores recibirán un mes de alquiler completo y tres meses adicionales de suplemento inicial de alquiler. Los arrendadores también recibirán una garantía de alquiler.

### **Ya tengo un apartamento FHEPS pero necesito ayuda. ¿A quién puedo llamar?**

Las familias que corran riesgo de desalojo o que hayan salido de un refugio del DHS y que necesiten apoyo, pueden llamar al **311** o **929-221-0043** para ubicar su oficina local de Homebase para la prevención de la falta de vivienda.

Las familias que hayan salido de un refugio de la HRA deben llamar al **929-221-7270**, para comunicarse con su programa comunitario local, no residencial.

**La información en esta descripción del programa ofrece una perspectiva general del programa de suplemento de alquiler de FHEPS. No busca proveer los todos los detalles sobre cómo funciona el programa.**

## Information About Repaying the Department of Social Services For Rental Arrears

You have agreed to repay the Department of Social Services (DSS) the money you received for assistance for your rental arrears. The Human Resources Administration (HRA) has arranged with its Division of Accounts Receivable and Billing to enroll you in its automated billing process.

### How does the automated billing process work?

Once your signed repayment agreement is received and the HRA check to the landlord is cashed, HRA will enter the full amount into the HRA billing system as a billable account. The amount will be divided into the 12 monthly installments required by New York State Social Services law. Each month you will receive a bill from the HRA Division of Accounts Receivable and Billing and a postage pre-paid business reply envelope. Each bill will show payments received since the prior bill and the remaining balance.

### How can I change the amount of the bill due each month?

If you want to change the monthly amount due, you can contact the HRA Division of Claims and Collections. The Division will work with you to create a different payment plan based on changes to your finances or other circumstances. You can ask to reduce or increase the monthly bill amount at any time during the 12-month repayment period. You can also repay the outstanding amount in full at any time during the billing process.

### When will the monthly billing begin?

The monthly billing begins after your repayment agreement is given to HRA and the check HRA issued to pay your rental arrears is cashed. If the check is not cashed, you will not be enrolled in the monthly billing process and no money will be due to the DSS.

### When will the billing end?

The billing will end when the amount is paid in full. If you become an active Cash Assistance recipient before the amount has been paid in full, billing will be stopped until your case closes. If you are sanctioned on your case, we will start billing you again until the total amount is repaid.

### Who do I contact with my questions or concerns?

You can contact the HRA Division of Claims and Collections at (718) 557-1344. Tell the representative you want to discuss your repayment agreement. You will be given an appointment to talk about your repayment agreement with Division staff.

### Where is the Division of Claims and Collections located?

The address is 250 Church Street, 8th Floor, New York, N.Y. 10013.

### What happens if I stop paying the bills sent to me?

You are responsible for repaying your rental assistance on the assigned schedule unless you ask for a different payment plan and HRA agrees. If you do not contact the HRA Division of Claims and Collections to change your payment schedule or ask for a suspension, you might have a civil action taken against you. This means you could have your credit score negatively affected, your paycheck garnished, and legal fees plus interest added to the original amount owed.

## **Información sobre el Reembolso al Departamento de Servicios Sociales Por Pagos Atrasados de Alquiler**

Usted ha acordado reembolsar al Departamento de Servicios Sociales (DSS) el dinero que recibió de asistencia para sus pagos atrasados de alquiler. La Administración de Recursos Humanos (HRA) ha acordado con la División de Cuentas por Cobrar y Facturación inscribirle en el trámite automático de facturación.

### **¿Cómo funciona el trámite automático de facturación?**

Una vez se reciba su acuerdo de reembolso firmado y se haya cobrado el cheque de la HRA a nombre del casero, la HRA ingresará la cantidad total en el sistema de facturación como cuenta por cobrar. La cantidad se dividirá entre los 12 plazos mensuales que estipula la Ley Estatal de Servicios Sociales de Nueva York. Cada mes usted recibirá una factura de la División de Cuentas por Cobrar y Facturación de la HRA y un sobre con franqueo pagado y con dirección del remitente. Cada factura indicará los pagos recibidos desde la factura anterior y el saldo remanente.

### **¿Cómo puedo cambiar la cantidad de la factura que se debe cada mes?**

Si usted desea cambiar la cantidad debida mensualmente, puede comunicarse con la División de Reclamaciones y Cobros de la HRA. Esa unidad coordinará con usted para crear un diferente plan de pagos, basado en cambios a sus finanzas u otras circunstancias. En cualquier momento durante el período de reembolso de 12 meses, usted puede solicitar que se disminuya o aumente la factura mensual. Además, usted puede reembolsar la cantidad total debida en cualquier momento durante el trámite de facturación.

### **¿Cuándo se iniciará la facturación mensual?**

La facturación mensual se iniciará después de que se haya proporcionado su acuerdo de reembolso a la HRA y que se cobre el cheque que la HRA expidió para pagar sus atrasos de alquiler. Si no se cobra el cheque, usted no estará inscrito(a) en el trámite de facturación mensual y no se deberá ningún dinero al DSS.

### **¿Cuándo se terminará la facturación?**

La facturación se terminará cuando se salde la cantidad total. Si posteriormente usted pasa a ser beneficiario(a) activo de Asistencia en Efectivo antes de que se salde la cantidad total, no recibirá facturas de pago hasta el cierre de su caso. Si usted es sancionado(a) en su caso, empezaremos nuevamente a enviarle las facturas hasta que se salde la cantidad total.

### **¿Con quién me comunico si tengo preguntas o dudas?**

Puede comunicarse con la División de Reclamaciones y Cobros de la HRA al llamar al (718) 557-1344. Infórmele al representante que quiere hablar con alguien sobre su acuerdo de reembolso. Se le programará una cita para que hable con un empleado de la División sobre el acuerdo de reembolso.

### **¿Dónde está ubicada la División de Reclamaciones y Cobros?**

La dirección es 250 Church Street, 8vo piso, New York, N.Y. 10013.

### **¿Qué tal si dejo de pagar las facturas que se me envían?**

Usted es responsable de reembolsar su asistencia de alquiler en las fechas indicadas, a menos que solicite un plan de reembolso diferente y la HRA esté de acuerdo. Si no se comunica con la División de Reclamaciones y Cobros de la HRA para cambiar las fechas de pago de su reembolso, o no solicita que se suspendan las facturas, se puede entablar un proceso civil en contra suya. Esto significa que su puntaje de crédito puede verse afectado, puede embargarse su salario, y pueden agregarse tarifas legales más intereses a la cantidad debida.



**Human Resources  
Administration**  
Department of  
Social Services

**Homelessness Prevention  
Administration**

**Steven Banks**  
Commissioner

**Bruce Jordan**  
Chief Homelessness  
Prevention Officer

Date:

Name and Address of Client

Dear:

It has been brought to our attention that your landlord is not cashing your rent checks and that could result in the loss of your apartment. We would like to discuss this situation with you to see whether we can be of assistance. **Please call the undersigned at the number below.**

Sincerely,

X. XXXXXX  
XXXXXX

OBSOLETE

Tel (929) 252-XXXX



**Homelessness Prevention Administration**

**Steven Banks**  
Commissioner

**Bruce Jordan**  
Chief Homelessness  
Prevention Officer

Date:

Name and Address of Client

Dear:

It has been brought to our attention that your landlord is bringing a petition in Housing Court against you that could result in the loss of your apartment. We would like to discuss your rent situation with you to see whether we can be of assistance. **Please call the undersigned at the number below.**

If you have already solved your rent problem, we would greatly appreciate your calling to let us know.

Sincerely,

**OBSELETE**

Tel (212) 835-XXXX



**Homelessness Prevention Administration**

**Steven Banks**  
Commissioner

**Bruce Jordan**  
Chief Homelessness  
Prevention Officer

**109 E. 16<sup>th</sup> Street**  
**New York, NY 10003**

Date:

Name and Address of Client

Dear:

We have been notified that you are in danger of being evicted as a result of a Housing Court proceeding brought by your landlord. We would like to discuss your housing situation with you to see whether we can be of assistance.

**Please call the undersigned at the number below as soon as possible.**

If you have already solved your housing problem, we would greatly appreciate your calling to let us know.

Sincerely,

X. XXXXXX  
XXXXXX

Tel (212) 835-XXXX

OBSELETE