



OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Adam Waitzman, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #19-11-OPE

MONTHLY UPDATES: (EXP-78QQ, FF-3L, FF-3M, FF-3N, FF-3O, FF-3P, FF-6, FIA-1070H, FIA-1094D, FIA-1211, FIA-1211A, HRA-104B, HRA-104C, HRA-146P, W-186C, W-908CC)

| Date: March 1, 2019 | Subtopic(s): Forms |
|-------------------------------|--|
| Updated and added items | <p>The following forms have been updated or added on eDocs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The “Family Services Call Center Documentation Request” (EXP-78QQ) form was revised to conform with the plain language standards: • Five new forms were created for use by Fair Fares program staff. The use of these forms will be explained in more detail in a separate policy bulletin. <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Damaged / Returned MetroCard to NYC Transit” (FF-3L); ▪ “Weekly Audit Log” (FF-3m); ▪ “Intranet Quorum Log” (FF-3n); ▪ “Returned Mail Imaging Log” (FF-3o); ▪ “Missing/Unaccounted MetroCard Incident Report” (FF-3p). • “Client Experience Survey” (FF-6) form was revised as follows: <ul style="list-style-type: none"> ▪ A new question was added “How would you rate the overall customer service provided today”; ▪ Lines were added to capture “Any additional comments?”. • The following two new forms were created for clients who request a housing related special grant from the Homelessness Diversion Unit (HDU) and do not provide all of the necessary documents at the time of the interview: <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Documentation Guide for Housing Related Special Grant Requests” (FIA-1211); ▪ “Document Request for Housing Related Special Grants” (FIA-1211a). |

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

- The **Alternative Offered** box was increased in size on the following fillable forms.
 - “Decision on Your Administrative Appeal” (**HRA-104b**);
 - “Decision on Your Clinical Appeal” (**HRA-104c**).
- “Domestic Violence Action Form – Provider Information” (**HRA-146p**) form has been revised and is completed by service providers and FHEPS B, LINC 3, CITYFEPS, or CityFHEPS domestic violence (DV) survivors requesting a person be transfer or move to a new apartment.
- The following forms were formatted to comply with agency and Local Law 30 requirements:
 - “Fair Hearing Compliance Statement” (**W-186C**);
 - “Notice of Rescheduled Appointment for Recertification Interview” (**W-908CC**).
- The following forms were made obsolete:
 - “Important Information About Changes in Your Job/SNAP Center” (**FIA-1070h**);
 - “Batch Cancellation Notice” (**FIA-1094d**).

Obsolete forms

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:

| | |
|---------------------|---|
| EXP-78QQ | Family Services Call Center Documentation Request (01/11/2019) |
| EXP-78QQ (S) | Family Services Call Center Documentation Request (01/11/2019) (Spanish) |
| FF-3L | Damaged / Returned MetroCard to NYC Transit (02/07/2019) |
| FF-3m | Weekly Audit Log (02/07/2019) |
| FF-3n | Intranet Quorum Log (02/07/2019) |
| FF-3o | Returned Mail Imaging Log (02/07/2019) |
| FF-3p | Missing/Unaccounted MetroCard Incident Report (02/07/2019) |
| FF-6 | Client Experience Survey (01/31/2019) |
| FF-6 (S) | Client Experience Survey (01/31/2019) (Spanish) |
| FIA-1211 | Documentation Guide for Housing Related Special Grant Requests (08/15/2018) |

| | |
|----------------------|--|
| FIA-1211 (S) | Documentation Guide for Housing Related Special Grant Requests (08/15/2018) (Spanish) |
| FIA-1211a | Document Request for Housing Related Special Grants (09/14/2018) |
| FIA-1211a (S) | Document Request for Housing Related Special Grants (09/14/2018) (Spanish) |
| HRA-104b | Decision on Your Administrative Appeal (10/10/2018) |
| HRA-104b (S) | Decision on Your Administrative Appeal (10/10/2018) (Spanish) |
| HRA-104c | Decision on Your Clinical Appeal (10/10/2018) |
| HRA-104c (S) | Decision on Your Clinical Appeal (10/10/2018) Spanish |
| HRA-146p | Domestic Violence Action Form – Provider Information (02/13/2019) |
| HRA-146p (S) | Domestic Violence Action Form – Provider Information (02/13/2019) (Spanish) |
| W-186C | Fair Hearing Compliance Statement (01/03/2018) |
| W-186C (S) | Fair Hearing Compliance Statement (01/03/2018) (Spanish) |
| W-908CC | Notice of Rescheduled Appointment for Recertification Interview (01/09/2018) |
| W-908CC (S) | Notice of Rescheduled Appointment for Recertification Interview (02/02/2018) (Spanish) |
| FIA-1070h | Important Information About Changes in Your Job/SNAP Center (Obsolete) |
| FIA-1094d | Batch Cancellation Notice (Obsolete) |



Family Services Call Center
165-08 88th Avenue 5th floor
Jamaica, NY 11432

Date: _____

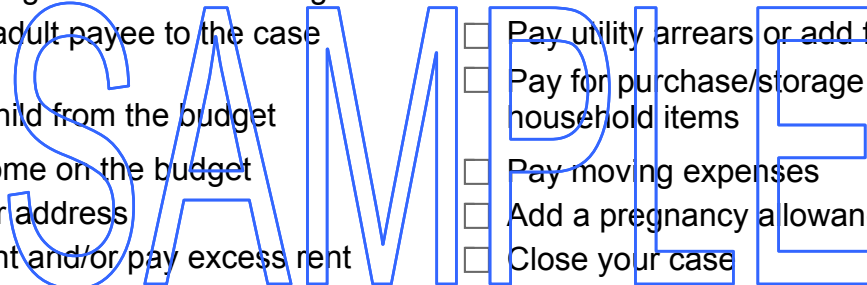
Case Number: _____

Confirmation Number: _____

Family Services Call Center Documentation Request

We have received your request to complete the following actions on this case:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Add new baby to the budget | <input type="checkbox"/> Change landlord information |
| <input type="checkbox"/> Add child under 18 years of age to the budget | <input type="checkbox"/> Get child care |
| <input type="checkbox"/> Add spouse to the budget | <input type="checkbox"/> Add a restaurant allowance |
| <input type="checkbox"/> Add adult living with me to the budget | <input type="checkbox"/> Pay broker's fee, security deposit or advance rent payment |
| <input type="checkbox"/> Add myself/adult payee to the case | <input type="checkbox"/> Pay utility arrears or add fuel allowance |
| <input type="checkbox"/> Remove a child from the budget | <input type="checkbox"/> Pay for purchase/storage of furniture or household items |
| <input type="checkbox"/> Change income on the budget | <input type="checkbox"/> Pay moving expenses |
| <input type="checkbox"/> Change your address | <input type="checkbox"/> Add a pregnancy allowance |
| <input type="checkbox"/> Pay back rent and/or pay excess rent | <input type="checkbox"/> Close your case |



We need the following documents listed on the W-119D to process your request:

We must receive these documents by _____. Call us if you have any questions at 718-752-3937. You can fax the requested documents to us at 718-883-8195.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reunification/discharge letter from foster care agency | <input type="checkbox"/> Storage bill |
| <input type="checkbox"/> Eviction notice, show cause notice or court stipulation | <input type="checkbox"/> Three estimates from licensed moving companies |
| <input type="checkbox"/> Broker's letter specifying fee | <input type="checkbox"/> Signed and dated letter requesting case closing |
| <input type="checkbox"/> Copy of broker's license | <input type="checkbox"/> Copy of utility bill |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | |

(Turn page)

We included the forms checked below. Please read the instructions for each form. Carefully complete, sign, and return each form to us.

We must receive these documents by _____. Call us if you have any questions at 718-752-3937. You can fax the requested documents to us at 718-883-8195.

- Child Care Provider Enrollment Supplement (**CS-274W**)
- Request for a Utility (Natural Gas, Utility Heat, Lights, Electricity) Grant and Acknowledgment for Applicants and Participants (**FIA-1104f**)
- Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Family Child and Legally-Exempt In-Home Child Care (**OCFS-LDSS-4699**)
- Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Group Child Care (**OCFS-LDSS-4700**)
- Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or to Add a Person to the Cash Assistance Case (For Participants Only) (**W-137A**)
- Request to Pay Rent Arrears in Excess of Cash Assistance Maximum Shelter Allowance (**W-146E**)
- FIA School/Training Enrollment Letter (**W-700D**)

SAMPLE
Use mail or fax only. Do not bring documents to the Center.

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.



Family Services Call Center
165-08 88th Avenue 5th floor
Jamaica, NY 11432

Fecha: _____

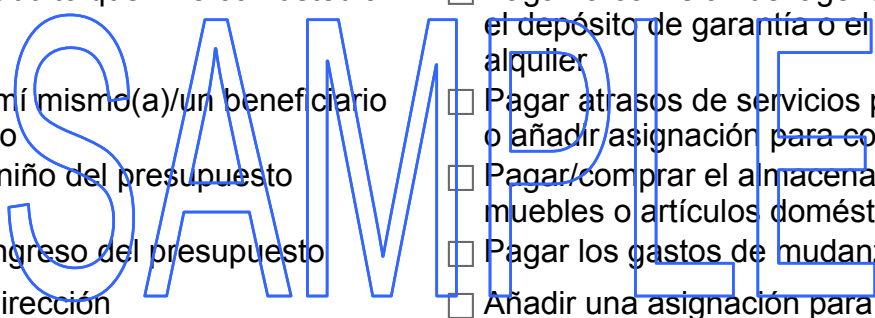
Número de caso: _____

Número de confirmación: _____

Petición de Documentos del Centro de Llamadas para Servicios Familiares

Hemos recibido su petición para tomar los siguientes pasos en este caso:

- Añadir a un nuevo bebé al presupuesto
- Añadir a un niño menor de 18 años de edad al presupuesto
- Añadir a un(a) cónyuge al presupuesto
- Añadir a un adulto que vive con usted al presupuesto
- Añadirme a mí mismo(a)/un beneficiario adulto al caso
- Retirar a un niño del presupuesto
- Cambiar el ingreso del presupuesto
- Cambiar la dirección
- Pagar el alquiler atrasado/o el exceso de alquiler
- Cambiar la información sobre el arrendador
- Obtener cuidado infantil
- Añadir asignación para restaurante
- Pagar la comisión del agente inmobiliario, el depósito de garantía o el adelanto de alquiler
- Pagar atrasos de servicios públicos o añadir asignación para combustible
- Pagar/comprar el almacenamiento de muebles o artículos domésticos
- Pagar los gastos de mudanza
- Añadir una asignación para embarazo
- Cerrar su caso



Para tramitar su petición necesitamos los siguientes documentos listados en el formulario W-119D (S):

Tenemos que recibir estos documentos de aquí al _____. Si tiene cualquier pregunta, llámenos al 718-752-3937. Puede enviar por fax los documentos solicitados al 718-883-8195.

- Carta de reunificación/salida de la agencia para cuidados de crianza
- Aviso de desalojo, aviso para demostrar causa o estipulación judicial
- Carta del agente inmobiliario que especifique la cantidad de comisión
- Copia de licencia del agente inmobiliario
- Otro documento _____
- Factura de almacenamiento
- Tres estimados por parte de compañías de mudanzas con licencia
- Carta con fecha y firma solicitando el cierre del caso
- Copia de la factura de servicios públicos

(Voltee la página)

Nosotros incluimos los formularios marcados a continuación. Favor de leer las instrucciones para cada formulario marcado a continuación. Rellene cuidadosamente estos formularios y firme en las áreas sombreadas.

Tenemos que recibir estos documentos de aquí al _____. Si tiene cualquier pregunta, llámenos al 718-752-3937. Puede enviar los documentos solicitados por fax al 718-883-8195.

- Suplemento de Inscripción del Proveedor de Cuidado Infantil (**CS-274W [S]**)
- Solicitud de Subsidio para Servicios Públicos (Gas, Calefacción, Luz, Electricidad) y Acuse de Recibo para Solicitantes y Participantes (**FIA-1104f [S]**)
- Formulario de Inscripción para Proveedores de Servicios de Cuidado Infantil en Familia Legalmente Exento y de Cuidado Infantil a Domicilio Legalmente Exento (**OCFS-LDSS-4699 [S]**)
- Formulario de Inscripción para el Proveedor de Cuidado Infantil en Grupo Legalmente Exento (Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Group Child Care) (**OCFS-LDSS-4700**)
- Petición de Asistencia de Emergencia, Asignaciones Adicionales, o de Añadir a una Persona al Caso de Asistencia en Efectivo (Sólo para Participantes) (**W-137A [S]**)
- Solicitud para Pagar Alquiler Atrasado en Exceso de la Asignación Máxima de Asistencia en Efectivo para Refugio (**W-146E [S]**)
- Carta de la FIA de Inscripción a Educación/Capacitación (**W-700D [S]**)

Solo envíe por correo o por fax. No traiga los documentos al centro.

¿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.



Intranet Quorum Log

| IQ Received Date | IQ Due Date | IQ Workflow Number | Last Name | First Name | Brief Description of Issue | RESOLUTION | |
|------------------|-------------|--------------------|-----------|------------|----------------------------|------------|------|
| | | | | | | Comment | Date |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

SAMPLE

Staff Name (print)

Staff Signature

Supervisor or Designee Name (print)

Supervisor or Designee Signature

Assistant Deputy Commissioner Signature



Missing/Unaccounted MetroCard Incident Report

Date: _____

Witness(es): _____

Approximate time of occurrence: _____ A.M. P.M.

| Quantity of missing cards | Serial numbers (if available) |
|---------------------------|-------------------------------|
| | |
| | |
| | |

SAMPLE

Please provide a detailed description of the incident:

FFNYC Site Director/Designee Signature

FFNYC Supervisor Signature

NOTE: This form should be completed as soon as you are made aware of the incident; and then immediately scanned and emailed to the Central Office.



Client Experience Survey

| | |
|----|---|
| 1. | <p>How many days did it take for you to go into the site to pick up the MetroCard after you received the letter?</p> <p><input type="checkbox"/> a. 0-2 days <input type="checkbox"/> b. 3-5 days <input type="checkbox"/> c. 6-8 days <input type="checkbox"/> d. 9+ days</p> <p><input type="checkbox"/> e. didn't receive a letter</p> |
| 2. | <p>How many notices did you receive before going into the site to pick up the MetroCard?</p> <p><input type="checkbox"/> a. No notice received <input type="checkbox"/> b. 1 notice <input type="checkbox"/> c. 2 notices</p> <p><input type="checkbox"/> d. Not sure</p> |
| 3. | <p>About how long was your wait time at the Fair Fares NYC office today?</p> <p><input type="checkbox"/> a. 2 hours or more <input type="checkbox"/> b. 1 hour 30 minutes <input type="checkbox"/> c. 1 hour</p> <p><input type="checkbox"/> d. 30 minutes <input type="checkbox"/> e. 15 minutes</p> |
| 4. | <p>How would you rate the overall customer service provided today?</p> <p><input type="checkbox"/> a. Excellent <input type="checkbox"/> b. Good <input type="checkbox"/> c. Fair <input type="checkbox"/> d. Poor</p> |
| 5. | <p>Did you receive the information you were seeking?</p> <p><input type="checkbox"/> a. Yes <input type="checkbox"/> b. No</p> |
| 6. | <p>Did you receive a reduced fare MetroCard?</p> <p><input type="checkbox"/> a. Yes <input type="checkbox"/> b. No</p> |

SAMPLE

Any additional comments?

FOR STAFF USE ONLY

1. Name of person completing data entry: _____
2. Date on survey envelope: _____
3. FF-NYC Borough office where survey was completed
 a. Brooklyn b. Bronx c. Queens d. Staten Island e. Manhattan
4. Survey language
 a. English b. Spanish c. Other _____

SAMPLE

Encuesta sobre la Experiencia del Cliente

| | |
|----|--|
| 1. | <p>¿Cuántos días le tomó para ir al lugar a recoger la tarjeta MetroCard después de haber recibido la carta?</p> <p><input type="checkbox"/> a. 0-2 días <input type="checkbox"/> b. 3-5 días <input type="checkbox"/> c. 6-8 días <input type="checkbox"/> d. 9+ días</p> <p><input type="checkbox"/> e. no recibí la carta</p> |
| 2. | <p>¿Cuántos avisos recibió usted antes de ir al lugar a recoger la tarjeta MetroCard?</p> <p><input type="checkbox"/> a. No recibí aviso <input type="checkbox"/> b. 1 aviso <input type="checkbox"/> c. 2 avisos</p> <p><input type="checkbox"/> d. No estoy seguro(a)</p> |
| 3. | <p>¿Cuánto tiempo tuvo que esperar hoy en la oficina de Fair Fares NYC?</p> <p><input type="checkbox"/> a. 2 horas o más <input type="checkbox"/> b. 1 hora 30 minutos <input type="checkbox"/> c. 1 hora</p> <p><input type="checkbox"/> d. 30 minutos <input type="checkbox"/> e. 15 minutos</p> |
| 4. | <p>En general, ¿cómo calificaría usted la atención al cliente proporcionada hoy?</p> <p><input type="checkbox"/> a. Excelente <input type="checkbox"/> b. Buena <input type="checkbox"/> c. Razonable <input type="checkbox"/> d. Deficiente</p> |
| 5. | <p>¿Recibió usted la información que buscaba?</p> <p><input type="checkbox"/> a. Sí <input type="checkbox"/> b. No</p> |
| 6. | <p>¿Recibió usted la tarjeta MetroCard a precio reducido?</p> <p><input type="checkbox"/> a. Sí <input type="checkbox"/> b. No</p> |

¿Tiene comentarios adicionales?

FOR STAFF USE ONLY

1. Name of person completing data entry: _____
2. Date on survey envelope: _____
3. FF-NYC Borough office where survey was completed
 a. Brooklyn b. Bronx c. Queens d. Staten Island e. Manhattan
4. Survey language
 a. English b. Spanish c. Other _____

SAMPLE



Documentation Guide for Housing Related Special Grant Requests

This guide gives you examples of some of the types of documents you can use to prove information needed to make a decision on your request. Other documents may also be used, even if not on the list. We will let you know if we need more documents.

Some of the suggested documents can be used as proof for more than one item. For example, a current lease can be used to prove your housing cost and legal occupancy in the future.

If you need help getting the proof we are asking for, please tell your worker. We may be able to help.

| Box | Documentation for | Suggested Documents | Helpful Hints |
|-----|--|---|---|
| 1 | Amount Owed Proves how much money you owe. | <ul style="list-style-type: none"> • Rental History Breakdown from Landlord • Court documents indicating arrears amount • NYCHA Rent Statement or Letter from Housing Manager • Mortgage Statement • Liens lawsuits or Other Pending Claims • Tax Bill | May be found in court stipulation or judgment (agreement signed in court). |
| 2 | Your Housing Cost Shows that you pay for your housing and how much you pay each month. | <ul style="list-style-type: none"> • Current Lease • Current Rent Receipt • Letter from Landlord • Statement from Non-Relative Landlord • Title to Property • Home Insurance Policy • Property Tax Statement • Tax Bill showing ownership of house • Court documents listing primary tenant • W-147 Letter to Landlord-Request for Residence Verification | If your name is not on the lease or mortgage, you must still prove that you are responsible for paying your housing cost. |

(Turn page)

| Box | Documentation for | Suggested Documents | Helpful Hints |
|-----|---|--|---|
| 2 | <p>Your Housing Cost <i>(continued)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • W-147Q Statement from Primary Tenant & Proof of Legal Tenancy • W-146W Section 8 Verification • Housing Court or NYCHA papers showing that you are responsible for paying a housing cost • Division of Housing and Community Renewal (DHCR) Annual Registration Statement | |
| 3 | <p>Risk of Eviction or Foreclosure</p> <p>Shows that you need help to keep your housing.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Landlord breakdown showing rent arrears • Landlord Notice or Rent Demand • Letter from Landlord threatening eviction • Court-ordered Stipulation with LT or Index Number (rent arrears) • Notice of Petition (rent arrears) • Marshal's Notice of Eviction • Order to Show Cause (rent arrears) • Eviction or foreclosure court documents | <p>Always give us court documents if you have them. These documents are often mailed to you or given to you in court.</p> <p>If you get court documents, it is important to follow the instructions given. Ask someone for help if you don't understand what to do.</p> |
| 4 | <p>Legal Occupancy in the Future</p> <p>Shows that you are legally allowed to live in the apartment, room, or other approved living arrangement.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • W-147Q Statement from Primary Tenant & Proof of Legal Tenancy • Court documents showing right to legal occupancy in the future • Other documents to prove right to legal occupancy | |

SAMPLE

| Box | Documentation for | Suggested Documents | Helpful Hints |
|-----|---|--|--|
| 4 | Legal Occupancy in the Future <i>(continued)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • W-146W Section 8 Verification • Current Lease (or expired rent stabilized lease) • Letter from Landlord • Statement from Non-Relative Landlord • Title to Property • Home Insurance Policy • Property Tax Statement • Tax Bill showing ownership of house • W-147 Letter to Landlord-Request for Residence Verification • Division of Housing and Community Renewal (DHCR) Annual Registration Statement | |
| 5 | Future Ability to Pay Shows how you can pay your housing cost each month going forward. | <ul style="list-style-type: none"> • Pay stubs and Statement of Tips from the last 30 days • W-146E Excess Rent & Third Party Proof of Income • Third Party Proof of Income/Pay Stubs for the last 30 days • Subsidy verification (Section 8/NYCHA) • Proof of SSA or SSI benefits for disability or blindness • Current Award Certificate or letter showing other income • Income Tax records • Job Letter • Statement from an Employer • Records or related materials concerning self-employment earnings and expenses | If another person or an organization will help with some or all of your housing cost, you must show that they can afford to give you money towards your housing cost and how much they can give you each month. |

(Turn page)

| Box | Documentation for | Suggested Documents | Helpful Hints |
|-----|--|--|---|
| 5 | Future Ability to Pay <i>(continued)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Statement from Financial Institution Lender • Statement from a Secondary Tenant, Boarder or Lodger • Official correspondence, document, or statement from a source of Other Income • Retirement or Pension Benefit Letter • Documentation of SCRIE or DRIE in effect to freeze rent level • Documentation of SCRIE or DRIE pending application • Other Acceptable Document detailing housing related benefits • Documentation of Additional Expenses (such as utility bills, child care expenses, other receipts) • Documentation of other income or contributions • Court order for child support, spousal support, or maintenance | |
| 6 | Unforeseen or Special Circumstances Shows why you could not pay your housing cost. | <ul style="list-style-type: none"> • Statement or document explaining a loss of income for the household • Loss of Third Party Assistance • Statement from Funeral Director/Funeral Bill • Medical Bills • Statement detailing circumstances surrounding Loss or Theft • Statement or Referral from Red Cross • Insurance Company Statement • Care Required by Sick or Disabled Household Member • Doctor's records • Doctor's statement | An advocate letter or personal statement can help explain your situation. |

SAMPLE

(Turn page)

| Box | Documentation for | Suggested Documents | Helpful Hints |
|-----|--|--|--|
| 6 | Unforeseen or Special Circumstances <i>(continued)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Documentation of Additional Expenses (such as utility bills, childcare expenses, other receipts) | |
| 7 | Contributions to Help Pay Arrears Shows us the efforts you have made to get help paying the arrears. | <ul style="list-style-type: none"> • Copy of money order for contribution toward rent arrears • Nonprofit Organization official letterhead stating contribution toward arrears • Proof of contributions toward arrears • Letter Seeking contribution for Arrears | If you show that you, another person, or an organization can pay some of the amount owed, it may help us to make a decision. |

SAMPLE

Guía de Documentación

para Peticiones de Concesiones Especiales Relacionadas con la Vivienda

Esta guía provee ejemplos de algunos tipos de documentos que usted puede usar para comprobar la información necesaria para tomar una decisión con respecto a su petición. Se pueden utilizar otros documentos, aún si no están listados. Nosotros le informaremos si necesitamos más documentos.

Algunos de los documentos sugeridos se pueden utilizar como prueba para más de un elemento. Por ejemplo, el contrato de arrendamiento actual se puede utilizar para comprobar el costo de vivienda y la ocupación legal en el futuro.

Si necesita ayuda para obtener las pruebas que solicitamos, favor de informar a su trabajador. Es posible que le podamos ayudar.

| Casilla | Documentación para | Documentos sugeridos | Sugerencias útiles |
|----------|--|---|---|
| 1 | <p>Cantidad adeudada</p> <p>Comprueba cuánto dinero usted debe.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Desglose del historial de alquiler del arrendador • Documentos judiciales que indiquen la cantidad atrasada • Declaración de alquiler de NYCHA o carta por parte del administrador de la vivienda • Estado de cuenta hipotecaria • Demanda por embargo u otras reclamaciones pendientes • Factura de impuestos | <p>Pueden figurar en estipulaciones del tribunal o fallos jurídicos (acuerdos firmado en el tribunal)</p> |
| 2 | <p>El costo de la vivienda</p> <p>Demuestra que usted paga la vivienda y cuanto paga mensualmente</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Contrato de arrendamiento actual • Comprobante de pago de alquiler • Carta del arrendador • Declaración del arrendador, no pariente • Título de propiedad • Póliza de seguro de la vivienda • Estado de impuestos sobre la propiedad • Factura de impuestos que demuestre propiedad de la casa • Documentos judiciales que mencione al inquilino principal • W-147 (S) Carta al Arrendador–Petición para la Verificación de Residencia | <p>Si su nombre no aparece en el contrato de arrendamiento o de hipoteca, usted aún debe comprobar que es responsable de pagar el costo de la vivienda.</p> |

(Voltee la página)

| Casilla | Documentación para | Documentos sugeridos | Sugerencias útiles |
|---------|---|---|--|
| 2 | <p>El costo de vivienda (continuación)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • W-147Q (S) Declaración del Inquilino Principal y Prueba de Ocupación Legal • W-146W Verificación de la Sección 8 • Documentos del Tribunal de Vivienda o de NYCHA que demuestren que usted es responsable de pagar el costo de vivienda • Declaración de Registro Annual de la División de Vivienda y Renovación Comunitaria (DHCR, por sus siglas en inglés) | |
| 3 | <p>Riesgo de desalojo o de ejecución hipotecaria</p> <p>Demuestra que usted necesita ayuda para conservar la vivienda.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Desglose del arrendador que demuestra los atrasos de alquiler • Aviso del arrendador o reclamación de alquiler • Carta de amenaza de desalojo del arrendador • Estipulación del tribunal en caso de arrendador e inquilino con denominación CIV-LT o con número de índice (por atraso de alquiler) • Aviso de petición (por atraso de alquiler) • Aviso de desalojo por parte del alguacil • Orden de justificación (por atraso de alquiler) • Documentos judiciales de desalojo o ejecución hipotecaria | <p>Siempre proporcione documentos judiciales, si los tiene. Estos documentos a menudo se envían por correo o se le entregan en el tribunal.</p> <p>Si usted recibe documentos judiciales, es importante que siga las instrucciones proporcionadas. Si no entiende lo que debe hacer, pídale ayuda a alguien.</p> |
| 4 | <p>Ocupación legal futura</p> <p>Demuestra que la ley le permite vivir en el apartamento, cuarto o que cuenta con otro acuerdo de vivienda aprobado.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • W-147Q (S) Declaración del Inquilino Principal con Respecto a la Ocupación del Inquilino Secundario • Documentos judiciales que demuestren el derecho de ocupación legal en el futuro • Otros documentos que demuestren derecho de ocupación legal | |

(Voltee la página)

| Casilla | Documentación para | Documentos sugeridos | Sugerencias útiles |
|---------|--|---|--|
| 4 | <p>Ocupación legal en el futura (continuación)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • W-146W Verificación de la Sección 8 • Contrato de arrendamiento actual (o contrato de arrendamiento vencido de estabilización de alquiler) • Carta del arrendador • Declaración del arrendador no pariente • Título de la propiedad • Póliza de seguro de la vivienda • Estado de impuestos sobre la propiedad • Factura de impuestos que demuestren propiedad de la casa • W-147 (S) Carta al Arrendador – Petición para la Verificación de Residencia • Declaración de Registro Anual de la División de Vivienda y Renovación Comunitaria (DHCR, por sus siglas en inglés) | |
| 5 | <p>Capacidad futura de pago</p> <p>Demuestra con cuánto usted cuenta para pagar el costo mensual de la vivienda, de aquí en adelante.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Talones de paga y declaración de propinas de los últimos 30 días • W-146E (S) Exceso de Alquiler & Prueba de Ingreso de Terceros • Prueba de ingreso de terceros/ pago en los últimos 30 días • Verificación de subsidio (Sección 8/NYCHA) • Prueba de beneficios de SSA o SSI por discapacidad o ceguera • Certificado actual de concesión o carta que demuestren otros ingresos • Registros tributarios • Carta de trabajo • Declaración del empleador • Registros o materiales relacionados con las ganancias y gastos de empleo por cuenta propia | <p>Si otra persona u organización le ayudará con alguna porción o con la cantidad total del costo de vivienda, usted debe probar que ellos pueden pagar el dinero que le ofrecen para el costo de la vivienda, así como cuánto le pueden proporcionar cada mes.</p> |

(Voltee la página)

| Casilla | Documentación para | Documentos sugeridos | Sugerencias útiles |
|-----------------|---|--|--|
| <p>5</p> | <p>Capacidad futura de pago (continuación)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Declaración de institución de crédito • Declaración del inquilino secundario o huésped • Correspondencia oficial, documento o declaración de fuente de ingreso adicional • Carta de retiro o beneficios de pensión • Documentación de SCRIE o DRIE en vigor para congelar el nivel de alquiler • Documentación de SCRIE o DRIE pendiente a la solicitud • Otros documentos aceptables que detallen los beneficios relacionados a la vivienda • Documentación de gastos adicionales (como facturas de servicios públicos, gastos de cuidado infantil, otros recibos) • Documentación de otros ingresos o contribuciones • Orden judicial de sustento de menores, pensión alimenticia o manutención | |
| <p>6</p> | <p>Circunstancias imprevistas o especiales</p> <p>Demuestra por qué usted no pudo pagar el costo de la vivienda.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Declaración o documento que explique pérdida de ingreso del hogar • Pérdida de asistencia de terceros • Declaración del director de funeraria/factura funeraria • Facturas médicas • Declaración que detalle las circunstancias de la pérdida o robo • Declaración o referencia de la Cruz Roja • Declaración por parte de compañía de seguros • Cuidado requerido por miembro del hogar enfermo o discapacitado • Registros médicos • Declaración médica | <p>Alguna carta que interceda por usted o alguna declaración personal que le ayude a explicar su caso.</p> |

(Voltee la página)

| Casilla | Documentación para | Documentos sugeridos | Helpful Hints |
|---------|--|--|---|
| 6 | Circunstancias imprevistas o especiales (continuación) | <ul style="list-style-type: none"> • Documentación de gastos adicionales (como facturas de servicios públicos, gastos de cuidado infantil, otros recibos) | |
| 7 | Contribuciones para pagar los atrasos Nos muestra el esfuerzo hecho por usted en conseguir ayuda para pagar los atrasos. | <ul style="list-style-type: none"> • Copia del giro postal de contribución para los pagos atrasados • Carta con membrete oficial de organización sin fines de lucro que indique la contribución para los pagos atrasados • Prueba de las contribuciones para los pagos atrasados • Carta de solicitud de contribución para pagos atrasados | Si usted demuestra que puede pagar una porción de la cantidad adeudada o que lo puede hacer otra persona u organización, esto nos podría ayudar a tomar una decisión. |

SAMPLE



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Worker Name: _____

Worker Telephone: _____

Document Request for Housing Related Special Grants

You asked for the housing related special grant(s) checked off below:


- Mortgage Payments/Arrears
- Property Tax Payments/Arrears
- Rent Supplement/Arrears
- Other Request: _____



You did not give us all of the proof that we need to make a decision. Please submit documents for the checked items on **pages 2 and 3** by:


Due Date: _____

SAMPLE

You can submit your documents using any option checked below:

-  **IN PERSON:** _____

-  **ACCESS HRA mobile app:** Download **NYC ACCESS HRA** on iOS or Android devices.
-  **FAX:** _____

-  **MAIL:** _____

If you are unable to submit the requested documents, you must call the Worker at the number above before _____. If you do not submit the documents, we may deny your request for a special grant.

(Turn page)

The "Documentation Guide for Housing Related Special Grant Requests" (**FIA-1211**) form gives more examples of the documents that you can use to prove the checked items.

| Documentation for: | Suggested Documents |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amount Owed | <ul style="list-style-type: none"> ● Rental History Breakdown from Landlord ● Court documents indicating arrears amount ● NYCHA Rent Statement or Letter from Housing Manager ● Mortgage Statement |
| <input type="checkbox"/> Your Housing Cost | <ul style="list-style-type: none"> ● Current Lease ● Current Rent Receipt ● Letter from Landlord ● Statement from Non-Relative Landlord |
| <input type="checkbox"/> Risk of Eviction or Foreclosure | <ul style="list-style-type: none"> ● Landlord breakdown showing rent arrears ● Landlord Notice or Rent Demand ● Letter from Landlord threatening eviction ● Court-ordered Stipulation with LT or Index Number (rent arrears) |
| <input type="checkbox"/> Legal Occupancy in the Future | <ul style="list-style-type: none"> ● W-147Q Statement from Primary Tenant & Proof of Legal Tenancy ● Court documents showing right to legal occupancy in the future ● Other documents to prove right to legal occupancy ● W-146W Section 8 Verification |
| <input type="checkbox"/> Future Ability to Pay | <ul style="list-style-type: none"> ● Pay stubs and Statement of Tips from the last 30 days ● W-146E Excess Rent & Third Party Proof of Income ● Third Party Proof of Income/Pay Stubs for the last 30 days ● Subsidy verification (Section 8/NYCHA) |

SAMPLE

(Turn page)

The "Documentation Guide for Housing Related Special Grant Requests" (**FIA-1211**) form gives more examples of the documents that you can use to prove the checked items.

| Documentation for: | Suggested Documents |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unforeseen or Special Circumstances | <ul style="list-style-type: none"> ● Statement or document explaining a loss of income for the household ● Loss of Third Party Assistance ● Statement from Funeral Director/Funeral Bill ● Medical Bills |
| <input type="checkbox"/> Contributions to Help Pay Arrears | <ul style="list-style-type: none"> ● Copy of money order for contribution toward rent arrears ● Nonprofit Organization official letterhead stating contribution toward arrears ● Proof of contributions toward arrears ● Letter Seeking contribution for Arrears |



Applicant/Participant Signature

SAMPLE

Date

Applicant/Participant Telephone Number

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: _____

Nombre del

trabajador: _____

Número de teléfono

del trabajador: _____

Solicitud de Documentos para Concesiones Especiales Relacionadas con la Vivienda

Usted solicitó la(s) concesión(es) especial(es) relacionada(s) con la vivienda marcadas a continuación:

Pagos/atrasos de hipoteca

Pagos de impuestos sobre la propiedad/atrasos


Suplemento/atrasos de alquiler


Otra petición: _____

Usted no nos prestó todas las pruebas que necesitamos para tomar una decisión. Favor de presentar los documentos de las casillas marcadas en las **páginas 2 y 3**, de aquí al:


Fecha límite: _____

Usted puede presentar los documentos mediante cualquiera de las opciones marcadas a continuación:

 **EN PERSONA:** _____

 **aplicación móvil** Baje **NYC ACCESS HRA** de iOS o
ACCESS HRA: de dispositivos Android.

 **POR FAX:** _____

 **POR CORREO:** _____

Si usted no puede presentar los documentos solicitados, usted debe llamar a su trabajador al número más arriba antes del _____. Si no presenta los documentos, nosotros podemos denegar su solicitud de concesión especial.

(Voltee la página)

La "Guía de Documentación para Peticiones de Concesiones Especiales Relacionadas con la Vivienda" (**FIA-1211 [S]**) provee más ejemplos de documentos que usted puede utilizar para probar los elementos marcados.

| Documentación para: | Documentos sugeridos |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cantidad adeudada | <ul style="list-style-type: none"> ● Desglose del historial de alquiler del arrendador ● Documentos judiciales que indiquen la cantidad atrasada ● Declaración de alquiler de NYCHA o carta por parte del administrador de la vivienda ● Estado de cuenta hipotecaria |
| <input type="checkbox"/> El costo de la vivienda | <ul style="list-style-type: none"> ● Contrato de arrendamiento actual ● Comprobante de pago de alquiler actual ● Carta del arrendador ● Declaración del arrendador, no pariente |
| <input type="checkbox"/> Riesgo de desalojo o de ejecución hipotecaria | <ul style="list-style-type: none"> ● Desglose del arrendador que demuestra los atrasos de alquiler ● Aviso del arrendador o reclamación de alquiler ● Carta de amenaza de desalojo del arrendador ● Estipulación del tribunal en caso de arrendador e inquilino con denominación LT o con número de índice (por atraso de alquiler) |
| <input type="checkbox"/> Ocupación legal futura | <ul style="list-style-type: none"> ● W-147Q (S) Declaración del Inquilino Principal con Respecto a la Ocupación del Inquilino Secundario ● Documentos judiciales que demuestren el derecho de ocupación legal en el futuro ● Otros documentos que demuestren derecho de ocupación legal ● W-146W Verificación de la Sección 8 |
| <input type="checkbox"/> Capacidad futura de pago | <ul style="list-style-type: none"> ● Talones de paga y declaración de propinas de los últimos 30 días ● W-146E (S) Exceso de Alquiler & Prueba de Ingreso de Terceros ● Prueba de ingreso de terceros/pago en los últimos 30 días ● Verificación de subsidio (Sección 8/NYCHA) |

(Voltee la página)

La "Guía de Documentación para Peticiones de Concesiones Especiales Relacionadas con la Vivienda" (**FIA-1211 [S]**) provee más ejemplos de documentos que usted puede utilizar para probar los elementos marcados.

| Documentación para: | Documentos sugeridos |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Circunstancias imprevistas o especiales | <ul style="list-style-type: none"> ● Declaración o documento que explique pérdida de ingreso del hogar ● Pérdida de asistencia de terceros ● Declaración del director de funeraria/factura funeraria ● Facturas médicas |
| <input type="checkbox"/> Contribuciones para pagar los atrasos | <ul style="list-style-type: none"> ● Copia del giro postal de contribución para los pagos atrasados ● Carta con membrete oficial de organización sin fines de lucro que indique la contribución para los pagos atrasados ● Prueba de las contribuciones para los pagos atrasados ● Carta de solicitud de contribución para pagos atrasados |

SAMPLE



Firma del

Fecha

Número de teléfono del solicitante/participante

¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica? ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? Nosotros podemos prestarle ayuda. Llámenos al 212-331-4640. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

Date: _____

Decision on Your Administrative Appeal

On _____, you asked for:

Your original request was denied on _____ because the Human Resources Administration (HRA) did not receive clinical documentation and/or we were not able to get documents from your doctor or provider.

You asked for an appeal on _____. Your appeal has been:

Approved

Approved - Home Visit Needed/Homebound

For more than one year. We may contact you in the future to obtain updated medical or clinical documents.

For 12 months (one year) from _____. We will contact you before your **12 months** are over to give you a chance to renew your HVN/HB status.

For 6 months from _____. We will contact you before your **6 months** are over to give you a chance to renew your HVN/HB status.

Denied – The documents we reviewed do not support your request.

(Turn Page)

- Denied – We did not receive clinical documentation and/or were not able to get documentation from your doctor or provider.
- Alternative Offered:



The Human Resources Administration (HRA) has reviewed all the following documentation pertaining to your appeal, including the:

If you want to talk more about this decision, please call _____.

A medical or mental health condition or disability may make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking you to do. This kind of condition may make it hard for you to get other services at HRA. **If this is true for you, we can help you.** Call us at 718-557-1387. You have a right to ask for this kind of help under the law.

Fecha: _____

Decisión sobre su Apelación Administrativa

El _____, usted pidió:

La petición original fue rechazada el _____ debido a que la Administración de Recursos Humanos (HRA, por sus siglas en inglés) no recibió documentación clínica y/o nosotros no pudimos obtener documentos por parte de su médico o proveedor.

Usted solicitó una apelación el _____. La apelación ha sido:

Aprobada

Aprobada – Necesidad de visitas al hogar/confinamiento al hogar (HVN/HB, por sus siglas en inglés)

Por más de un año. Puede ser que nosotros nos comuniquemos con usted en un futuro para obtener documentos médicos o clínicos actualizados.

Por 12 meses (un año) desde _____. Nosotros nos comunicaremos con usted antes del vencimiento de los **12 meses** para brindarle la oportunidad de renovar su estado de HVN/HB.

Por 6 meses desde _____. Nosotros nos comunicaremos con usted antes del vencimiento de los **6 meses** para brindarle la oportunidad de renovar su estado de HVN/HB.

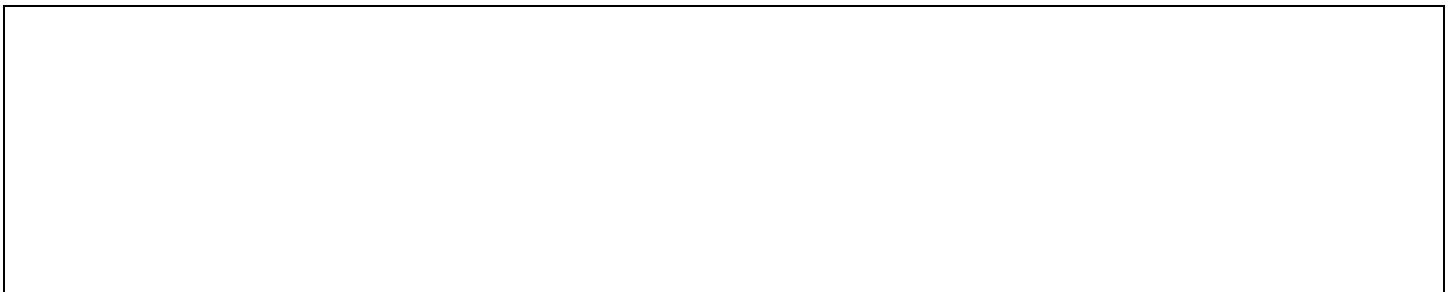
Rechazada – Los documentos que hemos examinado no apoyan su petición.

(Voltee la página)

- Rechazada – No recibimos documentación clínica y/o no pudimos obtener documentos de parte de su médico o proveedor.
- Alternativa brindada:



La HRA ha examinado toda documentación pertinente a su apelación que sigue a continuación, incluyendo:



Si usted desea hablar más a fondo sobre esta decisión con nosotros, favor de llamar al

_____.

El padecimiento de una afección o discapacidad médica o psiquiátrica puede impedirle entender este aviso o cumplir el mismo. Este tipo de afección puede obstruir el recibimiento de otros servicios de la HRA. **Si esta situación le corresponde a usted, nosotros podemos ayudarle.** Llámenos al 718-557-1387. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

Date: _____

Decision on Your Clinical Appeal

On _____, you asked for:

Your original request was denied on _____ because the documents we reviewed did not support your request.

You asked for an appeal on _____. Your appeal has been:

Approved

SAMPLE

Approved - Home Visit Needed/Homebound

For more than one year. We may contact you in the future to obtain updated medical or clinical documents.

For 12 months (one year) from _____. We will contact you before your **12 months** are over to give you a chance to renew your HVN/HB status.

For 6 months from _____. We will contact you before your **6 months** are over to give you a chance to renew your HVN/HB status.

Denied – The documents we reviewed do not support your request.

(Turn Page)

Alternative Offered:



The Human Resources Administration (HRA) has reviewed all the following documentation pertaining to your appeal, including the:

If you want to talk more about this decision, please call _____.

A medical or mental health condition or disability may make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking you to do. This kind of condition may make it hard for you to get other services at HRA. **If this is true for you, we can help you.** Call us at 718-557-1387. You have a right to ask for this kind of help under the law.

Fecha: _____

Decisión sobre su Apelación Clínica

El _____, usted pidió:

La petición original fue rechazada el _____ porque los documentos que examinamos no apoyan su petición.

Usted pidió una apelación el _____. Su apelación ha sido:

Aprobada

SAMPLE

Aprobada – Necesidad de visitas al hogar/confinamiento al hogar (HVN/HB, por sus siglas en inglés)

por más de un año. Nosotros podríamos comunicarnos con usted en un futuro para obtener documentos médicos o clínicos actualizados.

por 12 meses (un año) a partir del _____. Nosotros nos comunicaremos con usted antes de que se venzan los **12 meses** para brindarle la oportunidad de renovar su estado de HVN/HB.

por 6 meses a partir del _____. Nosotros nos comunicaremos con usted antes de que se venzan los **6 meses** para brindarle la oportunidad de renovar su estado de HVN/HB.

Rechazada – los documentos examinados no apoyan su petición.

(Voltee la página)

Alternativa brindada:

SAMPLE

La HRA ha examinado toda documentación pertinente a su apelación que sigue a continuación, incluyendo:

Si desea hablar más a fondo sobre esta decisión, favor de llamar al _____.

El padecimiento de una afección o discapacidad médica o psiquiátrica puede impedirle entender este aviso o cumplir el mismo. Este tipo de afección puede obstruir el recibimiento de otros servicios de la HRA. **Si esta situación le corresponde a usted, nosotros podemos ayudarle.** Llámenos al 718-557-1387. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

Domestic Violence Action Form – Provider Information

****DO NOT SCAN INTO CLIENT RECORD****

| | | | |
|--------------------|--|-------------------|--|
| Date: | | Service Provider: | |
| Client Last Name: | | Location: | |
| Client First Name: | | Case ID #: | |
| Case Mgr. Name: | | Contact Info: | |

For all FHEPS B/ LINC 3/ CityFEPS/ CityFHEPS DV survivors requesting a **transfer**:
 List the names of all household members who will be moving into the new apartment:

Does your household now include the person identified as the abuser when you first received the rental assistance? Yes No

For any case, including CityFHEPS or FHEPS, indicating a domestic violence experience:

Are you currently experiencing a domestic violence situation? Yes No

Above noted Provider has offered the following information after domestic violence was disclosed or identified during the assistance process with _____:

➤ Please place a ✓ next to services offered to the client.

- _____ 1) Offered assistance contacting the New York City Domestic Violence Hotline (800-621-4673) to obtain immediate safety planning and referral information.
- _____ 2) Offered a referral to HRA’s Non-Residential Domestic Violence Prevention Services.
- _____ 3) Offered information regarding how to access services at the NYC Family Justice Centers in all five New York City boroughs.
- _____ 4) Received written confirmation of active engagement in domestic violence services with _____ provider in the community.

Client Statement:

If applicable, please provide information explaining why you feel safe remaining in your apartment or, for transfer requests, moving to a new apartment:

(Turn Page)

I, _____, certify that the Provider:

- Provided me with the options listed on the previous page regarding domestic violence information and services.
- For clients staying in their current apartment, the Provider offered me a move option and I am choosing to remain in my current apartment.

 Client's Signature Date

 Provider Staff Signature Date

Do you have a medical or mental health condition or disability? Does this condition make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking? Does this condition make it hard for you to get other services at HRA? **We can help you.** Call us at 212-331-4640. You can also ask for help when you visit an HRA office. You have a right to ask for this kind of help under the law.

SAMPLE

Updated Review:

 Date reviewed with client Client's Signature

 Provider Staff Signature

TO BE COMPLETED BY HRA OFFICE OF DOMESTIC VIOLENCE ONLY FOR FHEPS B/ LINC3/ CityFEPS /CityFHEPS DV SURVIVORS TRANSFER CASES ONLY

Reviewed the HRA system for the above household composition and found:

_____ none of the members listed include the person who made you eligible for HRA Shelter.

_____ the person who made you eligible for HRA Shelter is listed above.

_____ no information available.

Formulario de Acción contra la Violencia Doméstica – Información sobre el Proveedor

****NO ESCANEAR AL REGISTRO DEL CLIENTE****

| | | | |
|-----------------------------|--|----------------------------------|--|
| Fecha: | | Proveedor de servicio: | |
| Apellido del cliente: | | Ubicación: | |
| Nombre del cliente: | | Núm. de identificación del caso: | |
| Nombre del admin. del caso: | | Información de contacto: | |

Para todos los supervivientes de FHEPS B/ LINC 3/ CityFEPS/ CityFHEPS DV que están solicitando una **transferencia**:

Liste los nombres de todos los integrantes del hogar que se mudarán a un nuevo apartamento:

¿Incluye ahora su hogar a la persona identificada como el/la abusador(a) cuando usted recibió la asistencia de alquiler por primera vez? Sí No

Para todo caso, incluido CityFHEPS o FHEPS, que indique haber experimentado de violencia doméstica:

¿Está usted actualmente sufriendo una situación de violencia doméstica? Sí No

El proveedor mencionado anteriormente ha ofrecido la siguiente información después de que se revelara o identificara la violencia doméstica durante el trámite de asistencia con _____:

➤ Favor de marcar con un ✓ los servicios ofrecidos al cliente.

- _____ 1) Se ofreció asistencia comunicándose con la Línea Directa de Violencia Doméstica (800-621-4673), para obtener información inmediata sobre el plan de seguridad e información sobre referencias.
- _____ 2) Se ofreció una referencia para Servicios de Prevención de Violencia Doméstica de la HRA.
- _____ 3) Se ofreció información sobre cómo acceder a los servicios en los Centros de Justicia de Familia de la ciudad de Nueva York, en los cinco condados.
- _____ 4) Recibió confirmación escrita de participación activa en los servicios de violencia doméstica con _____ proveedor en la comunidad.

Declaración del cliente:

Si corresponde, favor de proporcionar información que explique por qué se siente seguro(a) permaneciendo en su apartamento o, para peticiones de transferencia, mudándose a un nuevo apartamento:

(Voltee la página)

Yo, _____ certifico que el proveedor:

- me proporcionó las opciones mencionadas en la página anterior sobre información y servicios para la violencia doméstica .
- para los clientes que permanecerán en su actual apartamento, el proveedor me ofreció la opción de mudarme, pero yo elijo permanecer en mi actual apartamento.

Firma del cliente

Fecha

Firma del personal del proveedor

Fecha

¿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.

Revisión actualizada:

Fecha en que se revisó
con el cliente:

Firma del cliente

Firma del personal del proveedor

TO BE COMPLETED BY HRA OFFICE OF DOMESTIC VIOLENCE ONLY FOR FHEPS B/ LINC3/ CityFEPS /CityFHEPS DV SURVIVORS TRANSFER CASES ONLY

Reviewed the HRA system for the above household composition and found:

- _____ none of the members listed include the person who made you eligible for
- _____ the person who made you eligible for HRA Shelter is listed above.
- _____ no information available.



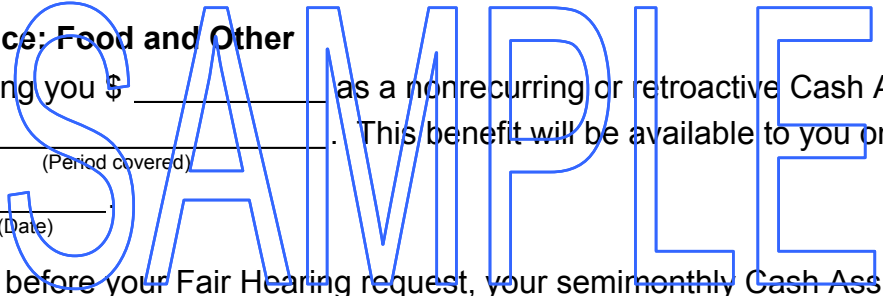
Notice Date: _____
 Case Number: _____
 Case Name: _____
 Center: _____
 FH Number: _____
 FH Decision Date: _____

Fair Hearing Compliance Statement

Dear _____:

Here is how we have complied with your Fair Hearing decision:

Cash Assistance: Food and Other



- We are issuing you \$ _____ as a nonrecurring or retroactive Cash Assistance grant for _____ (Period covered). This benefit will be available to you on or before _____ (Date).
- Immediately before your Fair Hearing request, your semimonthly Cash Assistance grant was \$ _____. Effective _____ (Date), your semimonthly Cash Assistance grant will be \$ _____.
- Your restored benefits mentioned above are being offset by recoupment(s) not at issue in this Fair Hearing, reducing your semimonthly Cash Assistance grant.
- You did not lose any Cash Assistance benefits because you received aid-continuing Cash Assistance during the Fair Hearing process. Therefore, your Cash Assistance benefits remain the same.
- We have re-evaluated your eligibility for Cash Assistance and have determined that you are not eligible. You will be sent a separate notice of our determination.
- Your Cash Assistance benefits remain unchanged.
- We are not issuing any Cash Assistance benefits at this time because you are currently ineligible for benefits based on reasons not related to the issues addressed in this Fair Hearing.

(Turn page)

Shelter Allowance

- We are issuing you \$ _____ as a shelter allowance for _____.
(Period covered)
This benefit will be issued directly to your landlord on or before _____.
(Date)
- Immediately before your Fair Hearing request, your semimonthly shelter allowance was \$ _____.
Effective _____, your shelter allowance will be \$ _____.
(Date)
- Your shelter supplement _____ was restored on _____.
(Examples: LINC, FHEPS, etc.) (Date)
- We are unable to restore your shelter supplement _____; because _____
(Examples: LINC, FHEPS, etc.)

- We are not issuing any shelter benefits at this time because you are currently ineligible for benefits based on reasons not related to the issues addressed in this Fair Hearing.

Other Actions

- The Agency's determination to sanction _____ remains unchanged.
(Participant's Name)
- The Agency's determination to sanction was reversed and the Cash Assistance and/or SNAP benefits sanction for _____ was deleted/lifted.
(Participant's Name)
- The recoupment, RTI # _____ remains unchanged or was deleted.
- The recoupment, RTI # _____ remains unchanged or was deleted.
- The recoupment, RTI # _____ remains unchanged or was deleted.
- Your budget was changed because _____

- You did not lose any child care benefits because you received aid-continuing for child care during the Fair Hearing process. Therefore, your child care benefits remain the same.
- You may be eligible for child care retroactive to _____
(Date)

(Turn page)

- In order to receive retroactive and/or ongoing child care, you or your provider must fax verification of child care services and/or time-sheets to the Administration for Children's Services' Voucher Payment Unit at 212-788-9311.
- You are not eligible for child care because _____

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

- We are issuing you \$ _____ in retroactive SNAP benefits for _____
(Period covered)
These SNAP benefits will be available to you after _____.
(Date)
- Immediately before your Fair Hearing request, your monthly SNAP benefits were \$ _____.
Effective _____, your monthly SNAP benefits will be \$ _____.
(Date)
- The restored SNAP benefits mentioned above are being offset by recoupment(s) not at issue in this Fair Hearing, reducing your ongoing SNAP benefit.
- You did not lose any SNAP benefits because you received aid-continuing during the Fair Hearing process. Therefore, your SNAP benefits remain the same.
- We have re-evaluated your eligibility for SNAP and have determined that you are not eligible. You will be sent a separate notice of our determination.
- Your SNAP benefits remain unchanged.

Medical Assistance

- If your Medicaid benefits were interrupted, they will be restored along with your Cash Assistance benefits.

Miscellaneous

- The Agency's determination that found you to be employable or employable with limitations remains unchanged.
- Based on the decision of your Fair Hearing, we are required to review/re-evaluate your medical claim. You received an appointment on _____ for a medical evaluation.

(Turn page)

Appointment Scheduled/Information Requested/Documentation Required

- We have been unable to determine if you are eligible for the benefits that were the subject of your Fair Hearing. We mailed you a letter on _____, asking you to come in for an interview and/or submit the following: _____ by _____.
- (Date) (Date)

Because you have failed to respond to our letter, we cannot complete any compliance action until you come in and/or supply the requested information. If you come in and/or bring the information to your Center within ten (10) days from the date of this notice, we will consider the information in accordance with the Fair Hearing decision. Documentation/information returned after ten (10) days will be used to determine your eligibility for the benefits at issue from the date of receipt.

Comments (Optional):

SAMPLE

Worker's Name

Date

Supervisor's Name

Date

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 del aviso: _____
Número del caso: _____
Nombre del caso: _____
Centro: _____
Número de la audiencia imparcial: _____
Fecha de la decisión de la audiencia imparcial: _____

Declaración de cumplimiento de una audiencia imparcial (Spanish)

Estimado(a) _____:

A continuación, se indica cómo hemos cumplido con la decisión tomada en la audiencia imparcial:

Asistencia en efectivo: alimentos y otros

- Le estamos emitiendo \$ _____ como subsidio de asistencia monetaria no recurrente ni retroactivo por _____ (Período cubierto). Este beneficio estará disponible para usted el día o antes _____ (Fecha).
- Inmediatamente antes de su Solicitud de audiencia imparcial, su subsidio de asistencia monetaria quincenal era de \$ _____. A partir de _____ (Fecha), su subsidio de asistencia monetaria quincenal será de \$ _____.
- Sus beneficios restaurados mencionados anteriormente, que se compensan por medio de recuperación no se cuestionan en esta audiencia imparcial, lo que reduce su subsidio de asistencia monetaria quincenal.
- Usted no perdió ningún beneficio de asistencia monetaria porque recibió ayuda continua de asistencia monetaria durante el proceso de la audiencia imparcial. Por lo tanto, sus beneficios de asistencia monetaria siguen siendo los mismos.
- Hemos vuelto a evaluar su elegibilidad para asistencia monetaria y determinamos que no es elegible. Se le enviará por separado un aviso de nuestra determinación.
- Sus beneficios de asistencia monetaria siguen sin cambiar.
- No estamos emitiendo ningún beneficio de asistencia monetaria en este momento porque usted actualmente es elegible para recibir los beneficios debido a motivos no relacionados con las cuestiones planteadas en esta audiencia imparcial.

(Continúa en la siguiente página)

Subsidio para albergues

- Le estamos emitiendo \$ _____ como subsidio para albergues por _____.
(Período cubierto)
- Este beneficio se emitirá directamente al propietario el día _____ o antes.
(Fecha)
- Inmediatamente antes de su Solicitud de audiencia Imparcial, su subsidio para albergues quincenal era de \$ _____.
- A partir del _____, su subsidio para albergues será de \$ _____.
(Fecha)
- Su complemento para albergues _____ se reembolsó el _____.
(Ejemplos: LINC, FHEPS, etcétera) (Fecha)
- No podemos reembolsar su complemento para albergues _____ debido a que
(Ejemplos: LINC, FHEPS, etcétera)
- _____
- _____
- No estamos emitiendo ningún beneficio para albergues en este momento porque usted actualmente no es elegible para los beneficios debido a motivos no relacionados con las cuestiones planteadas en esta audiencia imparcial.

Otras acciones

- La determinación de la agencia de sancionar a _____ se mantiene sin modificaciones.
(Nombre del participante)
- La determinación de sanción de la agencia se revirtió y la sanción de beneficios de asistencia monetaria o para SNAP para _____ se eliminó/canceló.
(Nombre del participante)
- El resarcimiento, cuyo n.º de RTI es, _____ permanece igual o fue eliminado.
- El resarcimiento, cuyo n.º de RTI es, _____ permanece igual o fue eliminado.
- El resarcimiento, cuyo n.º de RTI es, _____ permanece igual o fue eliminado.
- Su presupuesto fue cambiado debido a que _____
- _____
- _____
- Usted no perdió ningún beneficio de cuidado infantil porque recibió la ayuda continua de cuidado infantil durante el proceso de la audiencia imparcial. Por lo tanto, sus beneficios de cuidado infantil siguen siendo los mismos.
- Usted podría ser elegible para recibir un pago retroactivo por cuidado infantil de _____
(Fecha)

(Continúa en la siguiente página)

- Para recibir el pago retroactivo o actual de cuidado infantil, usted o su proveedor deben enviar por fax la verificación de los servicios de cuidado infantil o las fichas de control a Servicios de Administración para Niños, Unidad de Pago de Vales al 212-788-9311.
- Usted no es elegible para cuidado infantil porque _____

Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

- Le estamos emitiendo \$ _____ como pago retroactivo de beneficios del SNAP por _____
(Período cubierto)
después del día _____.
(Fecha)
- Inmediatamente antes de su Solicitud de audiencia imparcial, sus beneficios del SNAP mensuales eran de \$ _____.
A partir del _____, sus beneficios del SNAP mensuales serán de \$ _____.
(Fecha)
- Sus beneficios restaurados del SNAP mencionados anteriormente, se están modificando por un reembolso que no se está tratando en esta audiencia imparcial, lo que reduce su beneficio del SNAP actual.
- Usted no perdió ningún beneficio del SNAP porque recibió ayuda continua durante el proceso de la audiencia imparcial. Por lo tanto, sus beneficios del SNAP siguen siendo los mismos.
- Hemos vuelto a evaluar su elegibilidad para SNAP y determinamos que no es elegible. Se le enviará por separado un aviso de nuestra determinación.
- Sus beneficios del SNAP siguen siendo los mismos.

Atención médica

- Si sus beneficios de Medicaid se interrumpieron, se restituirán junto con sus beneficios de asistencia monetaria.

Varios

- La determinación de la agencia que determinó que usted puede trabajar o puede trabajar con limitaciones se mantiene sin modificaciones.
- Teniendo en cuenta la decisión de su audiencia imparcial, tenemos obligación de revisar o reevaluar su reclamo médico. Usted recibió una cita el _____ para una evaluación médica.

(Continúa en la siguiente página)

Cita programada/Información solicitada/Documentación solicitada

- No hemos podido determinar si usted es elegible para recibir los beneficios objeto de su audiencia imparcial. Le enviamos por correo una carta el _____, solicitándole
(Fecha)
que viniera para una entrevista o que presente lo siguiente: _____
_____ para el día _____.
(Fecha)

Debido a que usted no respondió nuestra carta, no podemos completar ninguna medida de cumplimiento hasta que usted se presente o suministre la información solicitada. Si usted se presenta o presenta la información en su Centro dentro de los diez (10) días a partir de la fecha de este aviso, consideraremos la información de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial. La documentación/información enviada después de los diez (10) días se usará con el fin de determinar su elegibilidad para los beneficios en cuestión desde la fecha de la recepción.

Comentarios (Opcional):

SAMPLE

Nombre del trabajador

Fecha

Nombre del supervisor

Fecha

¿Tiene alguna afección médica, de salud mental o discapacidad? ¿Esa afección le dificulta comprender este aviso o cumplir con lo que se pide? ¿Esta afección le dificulta obtener otros servicios de la Administración de Recursos Humanos (HRA)?
Podemos ayudarlo. Llámenos al 212-331-4640. Además, puede visitar una oficina de la HRA para solicitar ayuda. Por ley, tiene derecho a este tipo de asistencia.



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Caseload: _____
Worker Name: _____

Notice of Rescheduled Appointment for Recertification Interview

You asked that we reschedule your Cash Assistance recertification interview appointment.

Your new appointment is scheduled for:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____
Center Name: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

For travel information, please call the New York City Transit Authority at **718-330-1234** or **511**.

If you do not come to this appointment without good cause or do not comply with eligibility requirements, your Cash Assistance and Medicaid case may close. If you do not keep your appointment and file a New York State Recertification Form For Certain Benefits and Services (**LDSS-3174**), your SNAP Benefits will expire at the end of next month.

Worker's Signature

Date

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.



Department of Social Services

Human Resources Administration
Department of Homeless Services
W-908CC (S) 02/02/2018
(E) 01/09/2018
LLF

Family Independence Administration

Fecha: _____
Número del caso: _____
Nombre del caso: _____
Lista de casos: _____
Nombre del trabajador: _____

Aviso de cita reprogramada para entrevista de rectificación (Spanish)

Usted solicitó que reprogramemos su cita para entrevista de rectificación de asistencia monetaria.

Su nueva cita está programada para:

Fecha de la cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____
Nombre del centro: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Para obtener información sobre cómo llegar, llame a la Autoridad de Tránsito de Nueva York al **718-330-1234** o **511**.

Si no asiste a esta cita con una buena causa o si no cumple con los requisitos de elegibilidad, su caso de asistencia monetaria y Medicaid podrá cerrarse. Si usted no acude a su cita y presenta un Formulario de rectificación del estado de Nueva York por ciertos beneficios y servicios (**LDSS-3174**), sus beneficios del SNAP vencerán al finalizar el próximo mes.

Firma del trabajador

Fecha

¿Tiene alguna afección médica, de salud mental o discapacidad? ¿Esa afección le dificulta comprender este aviso o cumplir con lo que se pide? ¿Esta afección le dificulta obtener otros servicios de la Administración de Recursos Humanos (HRA)? **Podemos ayudarlo.** Llámenos al 212-331-4640. Además, puede visitar una oficina de la HRA para solicitar ayuda. Por ley, tiene derecho a este tipo de asistencia.



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Important Information About Changes in Your Job/SNAP Center

This is not an appointment notice.

On January 2, 2018, the co-located Crotona Job Center #46 and SNAP Center S46 located at 1910 Monterey Avenue Bronx, NY 10457, will become Model Centers. This change will not affect your case but you will notice some differences the next time you come to the Center. Below we describe some of the new features you will see.

Self-Service Check-In Stations (Kiosks)

This equipment will let you check-in and return documents on your own. If you need help, there will be Job/SNAP Center staff available to help you.

The Self-Service Kiosks are simple to use. You just insert your Benefit card or enter your social security number when asked and follow the instructions on the screen. If you do not have your card or a social security number, you can still use the Kiosk. The Kiosk will print a ticket for the waiting area that will serve you. We hope that this change reduces your waiting time.

Self-Service Scanning

Self-Service Scanners can be used to give us the documents we asked you to bring. After you enter your case number, the scanner displays on-screen instructions on how to scan your documents. The documents go into your electronic case record. We will send you a receipt in the mail after we review them.

(Turn page)

Customer Service and Information Center (CSIC)

CSIC staff accepts the documents you give us and case change requests. CSIC staff can also answer questions about your case.

To serve you better and faster, Job Center #46 and SNAP Center S46 will limit the number of visitors. You may bring people who are on your case. Anyone else coming with you is considered a visitor and requires a visitor's pass. Visitors 18 years of age or older must bring identification with them.

The business hours at Crotona Job Center #46 and SNAP Center S46 are still Monday – Friday, 8:30 AM to 5:00 PM.

You do not have to come into the Center.

If you have any questions or concerns about the Crotona Job Center #46, please call **(929) 252-7310**.

If you have any questions or concerns about the Crotona SNAP Center S46, please call **(718) 722-8013**.

OBSOLETE

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.



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Batch Cancellation Notice

The Human Resources Administration (HRA) recently sent you a notice on _____
to schedule an appointment for _____ at _____
The notice was sent out in error, so the appointment has been cancelled and another notice will be sent
to you that indicates the date and location of the new appointment.

OBSELETE

Aviso de Cancelación de Tanda

La Administración de Recursos Humanos (HRA) le envió a usted recientemente un aviso el
_____ para programar una cita para _____
en _____. El aviso se envió por error, de modo que la cita ha sido
cancelada y otro aviso le será enviado indicando la fecha y el local de la nueva cita.