



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner



James K. Whelan, Deputy Commissioner
Policy, Procedures and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY DIRECTIVE #04-36-ELI

JANUARY 2005 SSD/SSI COLA INCREASES

Date: December 9, 2004	Subtopic: Budgeting
----------------------------------	-------------------------------

AUDIENCE

The instructions in this policy directive are for Job Center and Non Public Assistance (NPA) Food Stamp (FS) Center Staff and are informational for all others.

POLICY

Every year, recipients of Social Security Disability (SSD) survivor's benefits and Social Security Income (SSI) receive a Cost of Living Adjustment (COLA) which is based on the annual change in the Federal Consumer Price Index (CPI) (see Attachment A). This increase must be budgeted accordingly, for Public Assistance (PA) and Food Stamp (FS) participants.

BACKGROUND

Effective January 1, 2005, households in receipt of SSD/Survivors or SSI benefits will receive a COLA of 2.7%. This represents an average increase of \$15.00 per month for SSI recipients. This increase affects both PA and FS benefits.

A notice (see Attachment B) will be sent to all participants whose PA grants were reduced because of the SSD/Survivor's/SSI increase. A separate notice (see Attachment C) will be sent to all participants whose FS were reduced because of the SSD/Survivor's/SSI increases.

Mass Rebudgeting

Effective 1/1/05, most cases affected by this increase will be centrally rebudgeted and all budgets effected by the increase will be automatically recalculated. Cases that were centrally budgeted can be identified by the unique authorization number **3333238**, and can be viewed on the Case Action History screen.

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call 718-557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or
send an e-mail to *FIA Call Center*

A list of cases excluded from the mass rebudgeting will be forwarded to the Regional Offices. The Regional Offices will forward the lists to the appropriate Centers for rebudgeting and monitor the lists for completion. JOS/Workers must rebudget these cases with the correct SSD/SSI amount.

Cases Excluded from Mass Rebudgeting

The following cases were not included in the mass rebudgeting:

- Cases requiring bottom-line budgeting
- Cases with invalid financial involvement codes
- Cases in error status
- Cases with shelter type **08** (Subsidized Housing-Certificate Program)

Note: Although this shelter type is no longer valid, a small number of cases still exist with this shelter code.

REQUIRED ACTION

PA Budgeting

The JOS/Workers must take all required actions to budget the income appropriately. If the new budget indicates that the increased SSD/SSI income is sufficient to meet the PA household needs:

- Close the PA case using closing code **E39** (Excess Income – COLA). Client Notice System (CNS) will send the appropriate closing notice and
- An NPA FS case will automatically be established in the Welfare Management System (WMS).

If the income is insufficient and the PA case remains eligible:

- Authorize a budget that reflects the change in income; CNS will generate the appropriate reduction notice.

Cases with shelter type **08** must be changed appropriately to either shelter code **38** (Subsidized Housing – Deep Subsidy – Voucher Program/Project Based Section 8) or **39** (Subsidized Housing – Shallow Subsidy – Section 236/Section 202) as part of the rebudgeting process.

NPA/FS Budgeting

The Worker must budget the income to determine if the household remains eligible for FS as a result of the increase in SSD/SSI.

If the household is deemed eligible, authorize the budget to reflect the change in FS and a CNS reduction notice will be generated. However, if the household is deemed ineligible, close the case using Code **E39**. CNS will generate the appropriate closing notice.

**PROGRAM
IMPLICATIONS**

Paperless Office System (POS) Implications There are no POS implications.

Medicaid Implications There are no Medicaid implications.

**LIMITED ENGLISH
SPEAKING
ABILITY (LESA)
IMPLICATIONS**

For Limited English Speaking Ability (LESA) applicants/participants, make sure to obtain appropriate interpreter services in accordance with Policy Directive #02-43-OPE.

**FAIR HEARING
IMPLICATIONS**

Avoidance/Resolution Ensure that all case actions are processed in accordance with current procedures and that electronic case files are kept up to date. Remember that applicants/participants must receive either adequate or timely and adequate notification of all actions taken on their case.

Job Center Conferences An applicant/participant can request and receive a conference with a Fair Hearing and Conference (FH&C) AJOS/Supervisor I at any time. If an applicant/participant comes to the Job Center requesting a conference, the Receptionist must alert the FH&C Unit that the individual is waiting to be seen.

The FH&C AJOS/Supervisor I will listen to and evaluate the applicant/participant's complaint. After reviewing the case file and discussing the issue(s) with the JOS/Worker responsible for the case and/or the JOS/Worker's Supervisor, s/he will determine if the action taken was correct. If the determination is that the action taken was correct, the FH&C AJOS/Supervisor I will explain the reason for the determination to the applicant/participant. If the explanation is accepted, no further action is necessary. The AJOS/Supervisor I must complete a Conference Report (**M-186a**).

If the determination is that the action taken was incorrect or correct but lacking the supporting documentation, the FH&C AJOS/Supervisor I will settle in conference (SIC), enter detailed case notes in NYCWAY and forward all verifying documentation submitted by the applicant/participant to the appropriate JOS/Worker for corrective action to be taken. In addition, if the adverse case action still shows on the **Pending (08)** screen in WMS, the AJOS/Supervisor I must prepare and submit a Fair Hearing/Case Update Data Entry Form (**LDSS-3722**) if the case has been granted aid continuing (ATC) to change the **02** to an **01** or a PA Recoupment Data Entry Form (**LDSS-3573**) to delete a recoupment. The **M-186a** must also be prepared.

NPA FS Center Conferences

If an applicant/participant comes to the NPA Food Stamp Center and requests a conference, the Receptionist must inform the Center Director/Designee that the individual is to be seen. If the individual calls the Worker, s/he must tell the individual to go to the Receptionist and be referred to the Center Director/Designee.

The Center Director/Designee will listen to, evaluate and review the applicant/participant's complaint regarding the reduction of benefits. After reviewing the case record and discussing the issue with the Eligibility Worker/Unit Supervisor, the Center Director/Designee will make a decision.

Remember that the Center Director/Designee is responsible for ensuring that further appeal by the applicant/participant through a Fair Hearing request is properly controlled and that appropriate follow-up is taken in all phases of the Fair Hearing process.

Evidence Packets


Should the applicant/participant elect to continue his/her appeal by requesting or proceeding to a Fair Hearing which has already been requested, the FH&C AJOS/Supervisor I is responsible for ensuring that further appeal is properly controlled and that appropriate follow-up action is taken in all phases of the Fair Hearing process.

All Evidence Packets must contain a detailed history, copies of relevant WMS screen printouts, other documentation relevant to the action taken and copies of NYCWAY **Case Notes** screens.

REFERENCES

- SPP 2004-00719-00
- 04-INF-21
- 04-INF-22
- Food Stamps Group Living Budget Data: Effective January 1, 2005

ATTACHMENTS

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms

Attachment A

SSI Benefit Levels Chart
Effective January 1, 2005

Attachment B

Notice of Intent to Change Benefits

Attachment B (S)

Notice of Intent to Change Benefits (Spanish)

Attachment C

Notice of Intent to Reduce Food Stamp Benefits

Attachment A

MAXIMUM MONTHLY SSI PAYMENTS

HOUSING ARRANGEMENT		INDIVIDUAL			COUPLE		
		Living Alone	Living with others, paying room and board	Living with others, receiving free subsidy room and board	Living Alone	Living with others, paying room and board	Living with others, receiving free subsidy room and board
TYPE OF INCOME	Basic SSI	\$579.00	\$579.00	\$386.00	\$869.00	\$869.00	\$579.34
	State Supplement	\$87.00	\$23.00	\$23.00	\$104.00	\$46.00	\$46.00
	Total	\$666.00	\$602.00	\$409.00	\$973.00	\$915.00	\$625.34

MAXIMUM MONTHLY SSI PAYMENTS FOR CONGREGATE CARE

Type of Congregate Care	LEVEL	Monthly SSI Payment Individuals	Monthly SSI Payment Couples
Family-type home Foster Care for Adults: Family Care Home	Level I	\$845.48 *	\$1,690.96
DOH certified Adult Care facilities, OMH OMRDD or OASSAS certified Residence, OASAS certified Residential Substance Abuse Treatment Program; OMH certified Residential Care Centers for Adults	Level II	\$1,014.00 **	\$2,028.00
Residential treatment facility for the Mentally retarded	Level III	\$1,061.96	\$2,123.92

* Includes \$111.00 Personal allowance	Countable Resource Limits
** Includes \$130.00 Personal allowance	Individuals \$2,000.00
*** Includes \$89.00 Personal allowance	Couples \$3,000.00

**Notice of Intent to Change Benefits:
NYC PA COLA**

December 21, 2004

Case Number:
Loc. Off./Unit/Worker:

General Telephone No. for
Questions or Help:

This Notice is to tell you that this agency intends to change your benefits as follows:

PUBLIC ASSISTANCE GRANT YOUR PUBLIC ASSISTANCE GRANT WILL BE REDUCED FROM _____ TO _____
EFFECTIVE JANUARY 1, 2005.

The reason for this action is that according to our records you and/or your dependent(s) are receiving Social Security and/or SSI payments and/or Veteran's Benefits from the Federal Government and a Family Assistance(FA) or Safety Net Assistance(SNA) grant from this Department. As you probably know, Congress has passed a Law (Public,93-233) providing for an automatic cost of living escalator in Social Security and/or SSI benefits and/or Veteran's Benefits. This has resulted in an increase of 2.7 percent which will take effect in December 2004 and be contained in payments received in January 2005. The Law does not provide that these increases can be disregarded in determining the amount of the grant you receive from this Department. However, SSI grants are never used to calculate FA payments. SSI can only be counted in SNA cases when the SSI recipient is also receiving SNA.

INCREASE TO SOCIAL SECURITY/SSI/VETERAN'S BENEFITS

WE CALCULATE THAT STARTING JANUARY 2005, THE MONTHLY FEDERAL BENEFIT(S) OF YOU AND/OR YOUR DEPENDENTS WILL BE INCREASED BY A TOTAL OF \$ _____

Because of this increase, your FA or SNA grant must be reduced by an equal amount.

This decision is based on Department Regulation 352.29.

MEDICAL ASSISTANCE: Your Medical Assistance will continue unchanged.

This decision is based on Department Regulation 360-3.3.

FOOD STAMPS: Even though your public assistance grant will change, your food stamps will not change unless you get a separate notice telling you that your food stamps will change.

This decision is based on Department Regulation(s) 387.10 and 387.15.

If you do not understand this notice or are in disagreement with the action we are taking, you may request a conference. To do so visit your center or call on the telephone as soon as possible.

THE TELEPHONE NUMBER TO CALL FOR A CONFERENCE IS ()- - .

BY REQUESTING A CONFERENCE YOU ARE NOT GIVING UP YOUR RIGHTS TO A FAIR HEARING PROVIDED THAT YOU REQUEST A HEARING WITHIN THE TIME LIMITS DESCRIBED ON THE ENCLOSED PAGE. SEE THE ENCLOSED PAGE FOR APPEAL PROCESS INFORMATION.

SEE BELOW FOR EXPLANATION OF YOUR NEW PA GRANT.

PRE-ADD	SSA INCOME
CONCESION PRE-SUMADA _____	INGRESO DE SEGURO SOCIAL _____
SHELTER	SSI INCOME
VIVIENDA _____	INGRESO DE SSI _____
ENERGY	OTHER INCOME
ENERGIA _____	OTRO INGRESO _____
ENERGY SUPPLEMENT	TOTAL INCOME
SUPLEMENTO DE ENERGIA _____	INGRESO TOTAL _____
OTHER NEEDS	
OTRAS NECESIDADES _____	
TOTAL NEEDS	PA GRANT
TOTAL DE NECESIDADES _____	CONCESION DE PA _____

Sincerely,

Seth Diamond, Executive Deputy Commissioner
Family Independence Administration

XL0074 (11/04)

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

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

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

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

If you only ask for a meeting with us, we will not keep your benefits the same while you appeal. Your benefits will stay the same only if you ask for a State fair hearing. (See "Keeping Your Benefits The Same" below.)

2. **STATE FAIR HEARING** - You have **60 days** from the date of this notice to ask for a fair hearing:

KEEPING YOUR BENEFITS THE SAME: We will restore your Public Assistance benefits to the same level they were before this notice, if you ask for a fair hearing before the effective date stated in this notice. If you lose the fair hearing, you will have to pay back any Public Assistance benefits you got but should not have had if you were waiting for the decision.

If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a fair hearing or, if you send back this notice, check the box below:

I do not want my Public Assistance benefits kept the same until the Fair Hearing decision is issued:

If at the hearing, the hearing officer determines that you are not complaining about an incorrect computation of your benefits or that there has been a misapplication or misinterpretation of Federal Law or regulations, the hearing officer may determine that you were not entitled to have your Public Assistance benefits continue unchanged until the fair hearing decision is issued, and order that the reduction take effect immediately.

HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING: You can ask for a fair hearing by mail, by phone, by fax, by walk-in, or on-line:

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

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

Phone: (800) 342-3334 (Please have this notice with you when you call.)

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

Walk-In: Bring a copy of this entire notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 31st Street, NYC.

Online: Complete online request form at: <https://www.otda.state.ny.us/oah/oahforms.asp>

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

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

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

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

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

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

LEGAL ASSISTANCE: If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. For the names of other lawyers, check your Yellow Pages under "Lawyers".

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case file. If you call or write to us, we will send you free copies of the documents from your file that we will provide the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call or write to us, we will send free copies of other specific documents from your file that you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file call (718) 722-5012, fax (718) 722-5018 or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.**

If you want copies of documents from your case file, you should ask them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three (3) working days of when you ask them. If you make your request less than five (5) working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

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

Notice Date: December 21, 2004

Effective Date: January 1, 2005

NYC PA COLA'04

Fecha de la notificación: 21 de diciembre de 2004

Número de caso:
Oficina Local/Unidad/Empleado:

Número general de teléfono para
preguntas o ayuda:

Por medio del presente preaviso le comunicamos que esta agencia tiene la intención de cambiar sus beneficios, tal como lo explicamos más abajo.

**SUBVENCIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA SU SUBVENCIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA SERÁ REDUCIDA DE A
A PARTIR DEL 1º DE ENERO DE 2005.**

La razón de esta decisión es que, de acuerdo a nuestros registros, usted y/o su(s) dependiente(s) recibe(n) pagos del Seguro Social y/o pagos de SSI y/o Beneficios para Veteranos de parte del Gobierno Federal, y una subvención de Asistencia para Familias (FA) o Asistencia de Seguridad (SNA) de este departamento. Como usted probablemente sabe, el Congreso ha aprobado una Ley (Public, 93-233) que contempla una escala móvil automática que modifica los beneficios del Seguro Social y/o de SSI y/o beneficios para Veteranos, de acuerdo al costo de vida. Esto ha resultado en un aumento del 2.7 por ciento, que entrará en vigencia en diciembre de 2004 y se reflejará en los pagos recibidos en enero de 2005. La ley no estipula que estos aumentos puedan ser ignorados al momento de determinar el monto de la subvención que usted reciba de este departamento. Sin embargo, las subvenciones de SSI nunca se usan para calcular los pagos de FA. SSI sólo puede ser considerado en casos de SNA cuando el beneficiario de SSI también recibe SNA.

AUMENTO EN LOS BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL/SSI/VETERANOS

CALCULAMOS QUE A PARTIR DE ENERO DE 2005, EL/LOS BENEFICIO(S) FEDERAL(ES) MENSUAL(ES) RECIBIDO(S) POR USTED Y/O SUS DEPENDIENTES AUMENTARÁ(N) UN TOTAL DE \$

Debido a este aumento, a su subvención de FA o SNA se le debe restar el mismo monto.

Esta decisión se basa en el Reglamento Departamental 352.29.

ASISTENCIA MÉDICA: Su Asistencia Médica continuará sin modificaciones.

Esta decisión se basa en el Reglamento Departamental 360-3.3.

CUPONES PARA ALIMENTOS: Si bien su subvención de Asistencia Pública va a cambiar, sus cupones para alimentos sólo serán modificados si usted recibe una notificación por separado informándose.

Esta decisión se basa en la Reglamentación Departamental 387.10 y 387.15.

Si usted no entiende este preaviso o no está de acuerdo con las medidas que vamos a tomar, puede solicitar una conferencia. Para hacerlo, vaya a su centro local o llame por teléfono lo antes posible.

EL NÚMERO DE TELÉFONO AL QUE DEBE LLAMAR PARA SOLICITAR UNA CONFERENCIA ES EL () - .

EL SOLICITAR UNA CONFERENCIA NO IMPLICA QUE USTED RENUNCIE A SUS DERECHOS DE UNA AUDIENCIA IMPARCIAL, A CONDICIÓN DE QUE SOLICITE TAL AUDIENCIA IMPARCIAL DENTRO DE LOS LÍMITES DESCRIPTOS EN LA PÁGINA ADJUNTA. VEA LA PÁGINA ADJUNTA PARA INFORMACIÓN ACERCA DEL PROCESO DE APELACIÓN.

VEA LA VERSIÓN EN INGLÉS DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA INFORMARSE SOBRE EL NUEVO SUBSIDIO DE PA.

Atentamente,

Seth Diamond, Vicecomisionado
Administración de Independencia Familiar

SECCIÓN DE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES—¿CREE USTED QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?

Si cree que nuestra decisión es incorrecta, puede solicitar una revisión de nuestra decisión. Corrigiremos nuestros errores. Usted puede escoger ambas acciones, la 1 y la 2:

1. Puede solicitar una reunión (conferencia) con uno de nuestros supervisores; 2. Puede solicitar una audiencia imparcial estatal con un funcionario estatal de audiencias.

1. CONFERENCIA (reunión informal con nosotros)— Si usted cree que nuestra decisión es incorrecta o si no comprende nuestra decisión, sírvase llamarnos y solicitar una reunión. Para hacerlo, llame al número de teléfono para conferencias que aparece en la **primera** página de este aviso o mande una carta a la dirección impresa que aparece en la primera página de este aviso. En ciertas ocasiones, ésta es la manera más rápida de resolver problemas. Le recomendamos hacer esto incluso si ha solicitado una audiencia imparcial.

Si **solamente** solicita una reunión con nosotros, haremos cambios en sus beneficios mientras espera por la decisión de apelación. Sus beneficios se mantendrán sin cambios solamente si usted solicita una audiencia imparcial estatal (Vea a continuación, “Cómo mantener los mismos beneficios”).

2. AUDIENCIAS IMPARCIALES ESTATALES— Usted tiene **60 días** a partir de la fecha de este aviso para solicitar una audiencia imparcial

CÓMO MANTENER LOS MISMOS BENEFICIOS: Reestableceremos sus beneficios a la misma cantidad que recibía antes de este aviso, si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha vigencia indicada en este aviso. Si no se decide a su favor en la audiencia imparcial, tendrá que devolver todo beneficio indebido de Asistencia Pública que reciba mientras espera por la decisión de la audiencia.

Si no desea que sus beneficios permanezcan sin cambios mientras se remite la decisión, debe notificárselo al Estado ya sea cuando llame para solicitar una audiencia imparcial o cuando usted regrese este aviso puede marcar la casilla abajo:

No quiero que mis beneficios de Asistencia Pública permanezcan sin cambios mientras se remite la decisión de la audiencia imparcial:

Si en la audiencia, el funcionario establece que su queja no tiene que ver con un cálculo erróneo de sus beneficios o con una distribución indebida de beneficios o una interpretación incorrecta de reglamentación o legislación federal; el funcionario de audiencias puede hacer una determinación indicando que usted no tenía derecho a que sus beneficios de Asistencia Pública continuarán sin cambios mientras esperaba por la decisión de la audiencia y a su vez ordenar la reducción inmediata de los mismos.

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Usted puede solicitar una audiencia imparcial **por correo, por teléfono, por fax, en persona o por internet.**

Por correo: Envíe una copia del aviso completado a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Favor de quedarse con una copia.

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

Por teléfono: 800-342-3334 (Favor de tener a mano este aviso cuando llame).

Por fax: Envíe una copia del frente y reverso de este aviso al: **(518) 473-6735.**

En persona: Traiga una copia de todas las partes de este aviso a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) localizada en el 14 Boerum Place, Brooklyn, New York o al 330 West 34th Street, New York City.

Por internet: Complete el formulario de petición que aparece en la siguiente dirección de internet:

<https://www.otda.state.ny.us/oah/oahforms.asp>

Si no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por fax, en persona o por internet, favor de mandarnos una carta solicitando una audiencia imparcial antes de la fecha límite.

LO QUE SUCEDE EN UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: El Estado le enviará un aviso informándole cuándo y dónde se llevará a cabo la audiencia imparcial.

En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué cree que nuestra decisión es incorrecta. Puede traer consigo a un abogado, a un familiar o a un amigo(a), o a alguien más que pueda ayudarle a exponer su caso. Si usted no puede presentarse, puede enviar a un representante. Si usted envía a un representante a la audiencia y esta persona no es abogado, debe enviar con esta persona una carta dirigida al funcionario de audiencias indicando que usted desea que ésta persona lo represente en la audiencia.

Durante la audiencia, usted y su abogado o su representante tendrán la oportunidad de explicar por qué nos hemos equivocado y de entregar al funcionario de audiencias documentos que demuestren porqué nuestra decisión es errónea.

Durante la audiencia, le sugerimos presentar testigos que apoyen su caso ayudándole a explicar el porqué de nuestra equivocación. También, le sugerimos presentar documentos tales como: talones de cheque de pago, contratos de arrendamiento, recibos, facturas y estado de cuentas de médicas.

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

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita un abogado, podría obtener los servicios de un abogado sin costo alguno, comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad (Legal Aid Society) u otro grupo legal de abogacía. Para obtener el nombre de otros abogados consulte las Páginas Amarillas bajo «Abogados» (“Lawyers”).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Al prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho a inspeccionar el archivo de su caso. Si usted nos llama, nos manda una carta o un fax, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario de audiencias durante la audiencia imparcial. Además, si usted nos llama, nos manda una carta o un fax, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo que usted considere necesarios al prepararse para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo llámenos al **(718) 722-5012**, o envíenos un fax al **(718) 722-5018** o mándenos una carta a la siguiente dirección: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.**

Si desea copias de documentos de su archivo, debe solicitarlas con anticipación. Normalmente, estas se le enviarán dentro de (3) días laborales a partir de la fecha en que las solicita. Si las solicita en menos de (5) días laborales de la fecha de la audiencia; estas copias se le entregarán el día de la audiencia.

INFORMACIÓN: Si usted desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos al número de teléfono que aparece en la **primera** página de este aviso o mándenos una carta a la dirección que aparece en la **primera** página de este aviso.

Notice date: December 21, 2004

Effective date: January 1, 2005

NYC PA COLA 04

XL074D (11/04)

P.O. BOX 02-9121
BROOKLYN GPO
BROOKLYN, N.Y. 11202-9121



The City of New York

HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION
FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

CONFERENCE PHONE
NUMERO PARA CONFERENCIA

Attachment C

IMC/FSO :

CASE :

CLI :

FAM SIZE:

DATE :

**NOTICE OF INTENT TO REDUCE FOOD STAMP BENEFITS
AVISO DE INTENCION DE REDUCIR SUS BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS**

DEAR SIR/MADAM:

THIS IS TO INFORM YOU THAT WE INTEND TO REDUCE YOUR FOOD STAMP BENEFITS EFFECTIVE JANUARY 1, 2005 FOR THE FOLLOWING REASON:

BEGINNING JANUARY 2005, SOCIAL SECURITY, SSI AND/OR VETERAN'S BENEFITS WILL INCREASE BY 2.7%. IF YOU ARE IN RECEIPT OF ANY OF THESE FEDERAL BENEFITS, THIS INCREASE IN INCOME TO YOUR HOUSEHOLD MUST BE CONSIDERED IN DETERMINING YOUR FOOD STAMP BENEFIT LEVEL. IF YOU ARE IN RECEIPT OF BOTH SOCIAL SECURITY BENEFITS AND SSI, YOUR JANUARY SSI BENEFITS WILL BE REDUCED BY THE AMOUNT OF YOUR SOCIAL SECURITY BENEFIT INCREASE. THESE INCOME CHANGES MUST ALSO BE CONSIDERED IN DETERMINING YOUR FOOD STAMP BENEFITS. HOWEVER, THE AMOUNT OF THE FOOD STAMP REDUCTION WILL NOT NECESSARILY BE A DOLLAR FOR DOLLAR REDUCTION OF FOOD STAMP BENEFITS.

IF YOU ARE AN SSI RECIPIENT LIVING ALONE IN THE COMMUNITY WHO IS PARTICIPATING IN THE NEW YORK STATE NUTRITION IMPROVEMENT PROJECT (NYSNIP), AND YOU WERE RECEIVING \$110 PER MONTH IN FOOD STAMP BENEFITS, BEGINNING IN JANUARY 2005 YOU WILL RECEIVE \$104 PER MONTH. IF YOU WERE RECEIVING \$102 PER MONTH IN FOOD STAMP BENEFITS, BEGINNING IN JANUARY 2005 YOU WILL RECEIVE \$97 PER MONTH AS STATED ABOVE. THIS REDUCTION IN YOUR FOOD STAMP GRANT IS DUE TO THE INCREASE IN YOUR FEDERAL BENEFITS.

PAGE 2 OF THIS NOTICE IS A FINANCIAL FACT SHEET WHICH SHOWS YOUR NEW FOOD STAMP BENEFIT AMOUNT AND ALL THE INCOME INFORMATION ON OUR COMPUTER FILE THAT WAS USED TO CALCULATE YOUR NEW FOOD STAMP BENEFIT. WE HAVE ENCLOSED BUDGET WORKSHEETS WHICH YOU CAN USE TO DETERMINE WHETHER WE HAVE CORRECTLY DETERMINED YOUR NET FOOD STAMP INCOME. SEE 18 NYCRR 387.10, 387.12 AND 387.15.

QUEREMOS INFORMARLE DE LA INTENCION DE REDUCIR SUS BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS A SER EFECTIVO DEL 1 DE ENERO DE 2005 POR LAS RAZON ENUMERADAS ABAJO:

COMENZANDO EN ENERO DE 2005 LOS BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL, SSI Y/O BENEFICIOS DE VETERANOS SERAN AUMENTADOS POR LA CANTIDAD DE 2.7%. SI USTED RECIBE CUALQUIERA DE ESTOS BENEFICIOS FEDERALES, ESTE AUMENTO EN EL INGRESO DE SU HOGAR DEBE SER CONSIDERADO EN LA CALCULACION DEL NIVEL DE SUS BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS. SI USTED RECIBE BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL Y SSI, SU BENEFICIO DE SSI EN ENERO SERA REDUCIDO POR LA CANTIDAD DEL AUMENTO EN SU BENEFICIO DE SEGURO SOCIAL. ESTOS CAMBIOS EN INGRESO DEBEN SER CONSIDERADOS EN LA CALCULACION DE SUS BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS. SIN EMBARGO, LA CANTIDAD DE LA REDUCCION DE SUS CUPONES DE ALIMENTOS NO SERA NECESARIAMENTE UNA REDUCCION DE UN DOLAR POR CADA DOLAR DE SUS BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS.

SI USTED ES UN BENEFICIARIO DE SSI QUE VIVE SOLO(A) EN LA COMUNIDAD Y PARTICIPA EN EL PROYECTO DEL ESTADO DE NUEVA YORK PARA UNA MEJOR NUTRICION (NYSNIP - POR SUS SIGLAS EN INGLES), Y RECIBE \$110 AL MES EN BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS, COMENZANDO EN ENERO DEL 2005 USTED RECIBIRA \$104 AL MES. SI USTED RECIBIA \$102 AL MES EN CUPONES, COMENZANDO EN ENERO DEL 2005, USTED RECIBIRA \$97 AL MES. TAL COMO SE LE INDICO ANTERIORMENTE, ESTA REDUCCION EN EL SUBSIDIO DE CUPONES SE DEBE AL INCREMENTO EN SUS BENEFICIOS FEDERALES.

LA PAGINA DOS DE ESTE AVISO ES UNA HOJA DE DATOS FINANCIEROS QUE MUESTRA SU NUEVA CANTIDAD DE BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS Y TODA LA INFORMACION SOBRE SUS INGRESOS EN NUESTRO ARCHIVO COMPUTA RIZADO UTILIZADO PARA CALCULAR SU NUEVO BENEFICIO DE CUPONES DE ALIMENTOS.

INCLUIDO ES UNA HOJA DE PRESUPUESTO LA CUAL USTED PUEDE UTILIZAR PARA DETERMINAR SI HEMOS CALCULADO CORRECTAMENTE SU INGRESO NETO PARA CUPONES DE ALIMENTOS. VEA LAS REGULACIONES 387.10, 387.12 Y 387.15.

SINCERELY,

ATENTAMENTE,

SETH DIAMOND, EXECUTIVE DEPUTY COMMISSIONER
FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

XL0263 (11/04)

Notice of Intent To Change Food Stamp Benefits Due To An Increase In Social Security, SSI and / or Veteran's Benefits

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

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

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

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

If you only ask for a meeting with us, we will not keep your benefits the same while you appeal. Your benefits will stay the same only if you ask for a State fair hearing. (See "Keeping Your Benefits The Same" below.)

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

KEEPING YOUR BENEFITS THE SAME: We will restore your Food Stamp benefits to the same level they were before this notice, if you ask for a fair hearing before the effective date stated in this notice. If you lose the fair hearing, you will have to pay back any Food Stamp benefits you got but should not have gotten, while you were waiting for the decision.

If you do not want your benefits to stay the same until the decision is issued, you must tell the State when you call for a fair hearing or, if you send back this notice, check the box or boxes below:

I do not want my Food Stamp benefits kept the same until the Fair Hearing decision is issued:

If at the hearing, the hearing officer determines that you are not complaining about an incorrect computation of your benefits or that there has been a misapplication or misinterpretation of Federal Law or regulations, the hearing officer may determine that you were not entitled to have your Food Stamp benefits continue unchanged until the fair hearing decision is issued, and order that the reduction take effect immediately.

HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING: You can ask for a fair hearing by mail, by phone, by fax, by walk-in or online.

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

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

Phone: (800) 342-3334 (Please have this notice with you when you call.)

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

Walk-In: Bring a copy of this entire notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, NYC.

Online: Complete online request form at: <https://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

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

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

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

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

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

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

LEGAL ASSISTANCE: If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. For the names of other lawyers, check your Yellow Pages under "Lawyers".

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case file. If you call or write to us, we will send you free copies of the documents from your file that we will provide the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call or write to us, we will send free copies of other specific documents from your file that you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call (718) 722-5012, fax (718) 722-5018 or write to HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.

If you want copies of documents from your case file, you should ask them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three (3) working days of when you ask them. If you make your request less than five (5) working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

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

**YOUR FINANCIAL FACTS CURRENTLY ON FILE
SUS HECHOS FINANCIEROS ACTUALMENTE ARCHIVADO**

Previous Net Food Stamp Income
Anterior Ingreso por Cupones de Alimentos

Previous Monthly Coupon Amount
Anterior Cantidad Mensual por Cupones de Alimentos

New Net Food Stamp Income
Nuevo Ingreso por Cupones de Alimentos

New Monthly Coupon Amount
Nueva Cantidad Mensual por Cupones de Alimentos

A. MONTHLY INCOME
Ingreso Mensual

1a.	Monthly Gross Income from Employment or Training. <i>Ingreso bruto mensual por empleo o entrenamiento.</i>	
b.	Monthly Net Income from Self Employment. <i>Ingreso neto mensual por trabajo por cuenta propia.</i>	
2a.	Net Monthly Income from Boarder/Lodger. <i>Ingreso neto mensual por huésped/alquilino.</i>	
b.	Net Monthly Income from Lodger. <i>Ingreso mensual por alquilino.</i>	
3.	Total of Lines 1 and 2. <i>Total de líneas 1 y 2.</i>	
4a.	Monthly Gross Unearned Income. <i>Ingreso bruto mensual no devengado.</i>	
b.		
c.		
5.	Monthly Income from Educational Loans, Scholarships. <i>Ingreso mensual por préstamos y becas educacionales.</i>	
6.	Total of Lines 3, 4, and 5. <i>Total de líneas 3, 4, y 5.</i>	A. \$

B. DEDUCTIONS
Deducciones

7.	% of Line 3. <i>% de la línea 3.</i>	
8.	Standard Deduction <i>Deducción acostumbrada mensualmente</i>	Monthly
9.	Monthly Child Care/Dependent Care Costs. <i>Gastos mensuales por cuidado infantil dependiente.</i> (Maximum) (Máximo)	
10.	Monthly Automatic Recoupment (from Public Assistance Grant) <i>Recuperación automática de la Ayuda por Asistencia Pública mensualmente.</i>	
11.	Monthly Tuition and Mandatory Fees <i>Gastos mensuales por enseñancus gastos mandatorios.</i>	y
12a.	Monthly Medical Expense (less \$35 Deductible) <i>Gasto mensuales por médico (menos la deducción de \$35.)</i>	
b.		
13.	Total Lines 7, 8, 9, 10, 11, and 12 <i>Total de líneas 7, 8, 9, 10, 11 y 12.</i>	B. \$

C. ADJUSTED INCOME
Ingreso ajustado

14.	Subtract B from A.(Line 13 from Line 6.) <i>Reste B de A. (Línea 13 de la línea 6.)</i>	C. \$
-----	---	-------

D. SHELTER COSTS
Gastos por Vivienda

15.	Monthly Rent or Mortgage actually paid. <i>Renta o hipoteca actualmente pagada cada mes.</i>	
16.	Monthly Heating Expense <i>Gasto mensual por calefacción.</i>	
17.	Monthly Utility Expense <i>Gasto mensual por utilidades.</i>	
18.	Monthly Telephone Expense <i>Gasto mensual por teléfono.</i>	
19.	Other Monthly Shelter Expense. (Real Estate Taxes, Insurance, Installation of Utilities, etc.) <i>Otros gastos mensuales por vivienda. (Impuestos por bienes raíces, seguros, instalación de utilidades, etc.)</i>	
20.	Total of Lines 15, 16, 17, 18, and 19. <i>Total de líneas 15, 16, 17, 18, y 19.</i>	D. \$

E. FOOD STAMP NET INCOME
Ingreso neto por Cupones de Alimentos

21.	Excess Shelter Deduction (Line 20 minus 1/3 of Line 14. The total cannot be more than 1/3 of Line 14.) <i>Deducción por Vivienda excesiva (Línea 20 menos 1/3 de línea 14.)</i>	
22.	MONTHLY NET FOOD STAMP INCOME (Subtract Line 21 from Line 14.) <i>Ingreso neto mensual por Cupones de Alimentos (Reste línea 21 de la línea 14.)</i>	
23.	MONTHLY COUPONS AMOUNT <i>Cantidad mensual por Cupones de Alimentos.</i>	E. \$

**MINUS RECOUPMENT OF
MENOS EL REEMBOLSO DE**

**ADJUSTED COUPON AMOUNT
AJUSTE DE LA CANTIDAD DEL CUPON**

Preaviso de cambios en los Cupones para Alimentos debido a un aumento en los beneficios del Seguro Social, SSI y/o beneficios para Veteranos

SECCIÓN DE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES—¿CREE USTED QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?

Si cree que nuestra decisión es incorrecta, puede solicitar una revisión de nuestra decisión. Corregiremos nuestros errores. Usted puede escoger ambas acciones, la 1 y la 2:

1. Puede solicitar una reunión (conferencia) con uno de nuestros supervisores; 2. Puede solicitar una audiencia imparcial estatal con un funcionario estatal de audiencias

1. CONFERENCIA (reunión informal con nosotros)- Si usted cree que nuestra decisión es incorrecta o si no comprende nuestra decisión, sírvase llamarnos y solicitar una reunión. Para hacerlo, llame al número de teléfono para conferencias que aparece en la primera página de este aviso o mande una carta a la dirección impresa que aparece en la primera página de este aviso. En ciertas ocasiones, ésta es la manera más rápida de resolver problemas. Le recomendamos hacer esto incluso si ha solicitado una audiencia imparcial.

Si **solamente** solicita una reunión con nosotros, haremos cambios en sus beneficios mientras espera por la decisión de apelación. Sus beneficios se mantendrán sin cambios solamente si usted solicita una audiencia imparcial estatal. Véa a continuación, "Cómo mantener los mismos beneficios".

2. AUDIENCIAS IMPARCIALES ESTATALES— Usted tiene **90 días** a partir de la fecha de este aviso para solicitar una audiencia imparcial

CÓMO MANTENER LOS MISMOS BENEFICIOS: Reestableceremos sus beneficios de cupones a la misma cantidad que recibía antes de este aviso, si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha vigencia indicada en este aviso. Si no se decide a su favor en la audiencia imparcial, tendrá que devolver todo beneficio de cupones que recibió mientras esperaba por la decisión de la audiencia.

Si no desea que sus beneficios permanezcan sin cambios mientras se remite la decisión, debe notificárselo al Estado ya sea cuando llame para solicitar una audiencia imparcial o cuando usted regrese este aviso puede marcar la(s) casilla(s) abajo:

No quiero que mis beneficios de Cupones para Alimentos permanezcan sin cambios mientras se remite la decisión de la audiencia imparcial:

Si en la audiencia, el funcionario establece que su queja no tiene que ver con un cálculo erróneo de sus beneficios o con una distribución indebida de beneficios, una interpretación incorrecta de reglamentación o legislación federal; el funcionario de audiencias puede hacer una determinación indicando que usted no tiene derecho a que sus beneficios de Cupones para Alimentos continuarán sin cambios mientras esperaba por la decisión de la audiencia y a su vez ordenar la reducción inmediata de los mismos.

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL. Usted puede solicitar una audiencia **por correo, por teléfono, por fax, en persona o por internet.**

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

Quiero una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la decisión tomada por la agencia. (Usted puede explicar a continuación por qué no está de acuerdo, aunque no tiene que incluir una explicación por escrito.)

Por teléfono: : (800) 342-3334 (Favor de tener a mano este aviso cuando llame)

Por facsimil: Envíe una copia del frente y reverso de este aviso al (518) 473-6735.

Visitándonos: Traiga una copia de todas las partes de este aviso a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) localizada en el 14 Boerum Place, Brooklyn, New York o al 330 West 34th Street, New York City.

En línea: Complete el formulario de petición que aparece en la siguiente dirección internet: <https://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Si no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado Nueva York por teléfono, facsimil, en persona o por Internet, favor de mandarnos una carta solicitando una audiencia imparcial antes de la fecha límite.

LO QUE SUCEDE EN UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: El Estado le enviará un aviso informándole cuándo y dónde se llevará a cabo la audiencia imparcial.

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

Durante la audiencia, usted y su abogado o su representante tendrán la oportunidad de explicar por qué nos hemos equivocado y de entregar al funcionario de audiencias documentos que demuestren por qué nuestra decisión es errónea.

Durante la audiencia, le sugerimos presentar testigos que apoyen su caso ayudándole a explicar el porqué de nuestra equivocación. También, le sugerimos presentar documentos tales como: talones de cheque de pago, contratos de arrendamiento, recibos, facturas y estado de cuentas de médicas.

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

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita un abogado, podría obtener los servicios de un abogado sin costo alguno, comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad (Legal Aid Society) u otro grupo legal de abogacía. Para obtener el nombre de otros abogados consulte las Páginas Amarillas bajo «Abogados» ("Lawyers").

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Al prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho a inspeccionar el archivo de su caso. Si usted nos llama o nos manda una carta, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos en su archivo, los mismos que se entregaran al funcionario de audiencias durante la audiencia imparcial. Además, si usted nos llama o nos manda una carta, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo que usted considere necesarios al prepararse para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo llámenos al (718) 722-5012, o envíenos un fax al (718) 722-5018 ó mándenos una carta a la siguiente dirección: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.**

Si desea copias de documentos de su archivo, debe solicitarlas con anticipación. Normalmente, estas se le enviarán dentro de (3) días laborales a partir de la fecha en que las solicita. Si las solicita en menos de (5) días laborales de la fecha de la audiencia, estas copias se le entregaran el día de la audiencia.

INFORMACIÓN: Si usted desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos al número de teléfono que aparece en la primera página de este aviso o mándenos una carta a la dirección que aparece en la primera página de este aviso.