



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Matthew Brune, Executive Deputy Commissioner

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

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY DIRECTIVE #14-14-OPE

(This Policy Directive Replaces PB #12-89-OPE)

PROCESSING PARTICIPANT REQUESTS FOR EMERGENCY ASSISTANCE, ADDITIONAL ALLOWANCES, OR ADDING A PERSON TO AN ACTIVE CASH ASSISTANCE CASE

Date: July 1, 2014	Subtopic(s): Requests for Additional Needs
AUDIENCE	The instructions in this policy directive are for staff in the Job Centers and informational for all other staff.
POLICY	<p>The purpose of this policy directive is to instruct staff on timely processing of the participant requests for emergency assistance, additional allowances, and to add someone to the budget. The procedure for handling these participant requests is as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> All participant requests for emergency assistance, additional allowances, or to add someone to the budget are to be recorded in the POS SI Grant Requests and Issuance Task List. The SI Grant Requests and Issuance Task List window will record the requests and the decisions, and ensure that established timeframes are met. POS will log all requests on the POS automated Participant Request Control Card (W-111F) to track the requests. <p>Note: When POS is down the manual W-111F should be annotated.</p> <ul style="list-style-type: none"> Participants are to be permitted to file their requests for emergency assistance, additional allowances, or to add someone to the budget on the <u>same day</u> that they contact the Job Center. They may make these requests in person, by fax, by mail or by phone. Requests for any of the additional allowances, emergency

Refer to [PD #10-22-SYS](#)

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

assistance, or to add a person to the budget are listed on the Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or to Add a Person to the Cash Assistance Case (For Participants Only) (**W-137A**).

The **W-137A** has been revised.

Note: The title of the **W-137A** “The Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or Adding a Person to the Case (For Participants Only), or Adding a Person to an Active Cash Assistance Case” has been modified as mentioned above.

- The determination on the participant’s eligibility for additional allowances must be made within seven working days of the receipt of all documentation in support of the request.
- The participant must be notified of the decision by written notice as soon as the determination of eligibility has been made. The Action Taken on Your Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or to Add a Person to the Cash Assistance Case (For Participants Only) (**W-137B**) must be sent to the participant.

The **W-137B** has been revised.

Note: The **W-137B** has been revised. The title “The Action Taken on Your Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or Adding a Person to the Case (For Participants Only)” has been modified as mentioned above; and the following statement has been removed from page 1: **NOTE:** As of August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits.

- Approved grants must be issued within 30 days of the date that the participant makes the request.
- Emergency benefits must be issued within 48 hours or within sufficient time to abate the emergency.

REQUIRED ACTION

Refer to [PD #10-22-SYS](#) for detailed instructions on how to process emergency/additional allowance requests in POS.

Whenever a participant makes an in-person request for emergency assistance, additional allowances, or to add someone to the budget, the JOS/Worker must:

- Start the POS Activity such as **Non-Food Emergency or Change Case Data**.
- Enter the request in the **SI Grant Requests and Issuance Task List** window.
- Indicate whether the request is an emergency.

Note: POS will log in the request on the POS automated **W-111F** to track these requests. POS will pre-fill the **W-137A** for all participant-initiated grant requests.

- Print the **W-137A** and sign.
- If additional documents are required to verify the request, the JOS/Worker must also print the Documentation Request Form (Return Document for Special Grant) (**W-113A**) with a due date within seven working days, by which they must be submitted. The **W-113A** must indicate where the participant should return with the documentation (i.e., to see the JOS/Worker, or the Homelessness Diversion Unit (HDU) JOS/Worker, or drop off at Reception/Customer Service and Information Center (CSIC)).

The **W-113A** has been revised.

Note: The **W-113A** has been revised. The following statement has been removed from page 1: **NOTE:** As of August 29, 2012, any reference to the Food Stamp Program in this notice shall mean the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), and any reference to Food Stamps shall mean SNAP benefits; and on page 2 previously truncated word “allowance” has been corrected.

Note: POS will pre-fill the **W-113A** for grant requests with the missing documentation.

- Once the forms are printed, use the signature pad to electronically capture the participant’s signature.
- If the signature pad is not available, have the participant sign the forms, and scan and index the signed forms into the HRA One Viewer.
- Give a copy of the **W-137A** along with the **W-113A**, if needed, to the participant.

If the request is received by mail, by fax or over the phone, the JOS/Worker must:

- Start the POS Activity such as **Non-Food Emergency** or **Change Case Data**.
- Enter the request in the **SI Grant Requests and Issuance Task List** window.
- Indicate whether the request is an emergency.
- Print and sign the **W-137A**.
- If additional documents are required to verify the request, the

Refer to [PD #10-22-SYS](#) for detailed instructions on how to process emergency/additional allowance requests in POS.

JOS/Worker must also print the **W-113A** with a due date within seven working days, by which they must be submitted. The **W-113A** must indicate where the participant should return with documentation (i.e., to see the JOS/Worker, or the HDU JOS/Worker, or drop off at Reception/CSIC).

- Mail the **W-137A** and the **W-113A** to the participant.

When the participant submits insufficient documentation or requests additional time to obtain documents, a new due date is to be established and the new **W-113A** will be sent/given to the participant. To extend the due date, the JOS/Worker must return to the POS Activity that is suspended in the queue and access the **SI Grant Requests Task List**. Enter the new due date on the **Request Details** window. The new due date will be tracked by the POS automated **W-111F**.

Refer to [PD #10-22-SYS](#)

If the JOS/Worker responsible for the case cannot see the participant that same day and a mutually agreeable appointment cannot be scheduled, the JOS/Worker will speak with the AJOSI who will arrange for someone else to meet with the participant that day.

If the participant goes to the Job Center, but cannot wait to see a designated JOS/Worker, the participant can obtain the **W-137A** from the Receptionist, complete the form and submit it to the Receptionist. The Receptionist will sign and date the form and give the participant a copy, and forward the original to the JOS/Worker.

When the request is to add an adult household member to the case, an adult household member must appear in person to complete the Statewide Common Application (**LDSS-2921**) form and go through the application process.

Within seven working days of the receipt of all documentation in support of a request, a determination on the participant's eligibility for the additional allowance must be made.

When the request is ready for a decision:

- The JOS/Worker must return to the POS Activity that is suspended in the queue and access the **SI Grant Requests and Issuance Task List** window, go to **Outstanding Requests** list and select the request.
- If the request is denied, the JOS/Worker will record the reason for denial.
- If the request is approved, the JOS/Worker will enter the

Refer to [PD #10-22-SYS](#) for detailed instructions on how to process emergency/additional allowance requests in POS.

Refer to [PD #10-22-SYS](#) for POS details on approving grants.

Notification of Decision

- approved amount and prepare the grant(s).
- The JOS/Worker must enter detailed case comments.
- The JOS/Worker must record the outcome of required reviews by units such as Home Energy Assistance Program (HEAP), Rental Assistance Unit (RAU) and Homeless Diversion Unit (HDU).
- The JOS/Worker must complete the POS Activity and send the case to the AJOSI for approval.
- The completed **SI Grant Requests and Issuance Task List** will appear in the approval activity sent to the AJOSI.
- The AJOSI must review and approve or disapprove the grant(s).
- The AJOSI must print the pre-filled **W-137B** with the decision entered by the JOS/Worker.
- The **W-137B** must be sent to the participant to notify him/her of the decision.

Timeframes for processing participant requests:

- **Emergency requests** – Emergency requests are to be dealt with immediately. If determined eligible, the assistance is given within 48 hours where appropriate or in sufficient time to abate the emergency.
- **Non-emergency requests**

If the participant has all required documentation to support the request:

- Review the documentation and make a determination of eligibility for the requested grant within seven working days of the receipt of all documentation in support of the request.
- If the participant is determined eligible issue the grant by the next available EBT pick-up date.

If the participant does not have all required documentation to support the request:

- Give the participant the **W-113A** indicating the documentation required and an appointment within seven working days to return the documentation. The participant may send the required documentation by mail.
- If the participant requests additional time to obtain the

required documentation, give the participant an extension and generate a new **W-113A** with a new due date and give/mail it to the participant.

- If the participant needs help in obtaining the required documentation, the JOS/Worker must assist the participant.

Special Notices to Participants

- **“A” Kit/ Recertification Packet Notice** – AJOSI must ensure that the Cash Assistance Additional Allowances forms (**W-137C**) are inserted in every Application Kit and Recertification Packet.

The **W-137C** has been revised.

Note: The **W-137C** has been revised. The second bullet on page 1 “additional food stamps” had been replaced with “additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits”.

- **Posters** – Job Center Directors must ensure that the poster, Cash Assistance Additional Allowances (**FIA-12**), is prominently displayed in all applicant/participant waiting areas. If the poster is removed for any reason, it must be replaced immediately.

PROGRAM IMPLICATIONS

Paperless Office System (POS) Implications

Whenever a participant requests emergency assistance, additional allowance, or to add a person to the budget in the course of an interview activity, POS will prompt the JOS/Worker to complete the **SI Grant Requests and Issuance Task List** window as per [PD #10-22-SYS](#). The **SI Grant Requests and Issuance Task List** will record the request and the decision and ensure that established time frames are met.

Supplemental Nutritional Assistance Program (SNAP) Implications

Any request by a participant for a recurring additional allowance that results in a change in the cash assistance grant must be reflected in the SNAP budget.

Model Center

When a participant reports to the Model Center requesting

Implications emergency assistance, additional allowances, or to add someone to the budget, and does not have an appointment with his/her JOS/Worker, the request will be forwarded to the CSIC. The JOS/Worker in CSIC will gather necessary information/documentation and record the request. The emergency request requiring same day resolution will be processed by CSIC JOS/Worker. The non-emergency request POS Activity will be suspended and forwarded to the Processing Unit for processing as outlined in this procedure.

Medicaid Implications There are no Medicaid implications.

LIMITED ENGLISH PROFICIENT (LEP) AND HEARING IMPAIRED IMPLICATIONS For Limited English Proficient (LEP) and hearing-impaired applicants/participants, make sure to obtain appropriate interpreter services in accordance with [PD #11-33-OPE](#) and [PD #08-20-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 participants must receive either adequate or timely and adequate notification of all actions taken on their cases.

Conferences A participant can request and receive a conference with a Fair Hearing and Conference (FH&C) AJOS/Supervisor I at any time. If a participant comes to the Job Center requesting a conference, the Receptionist must alert the FH&C Unit that the participant is waiting to be seen. In Model Centers, the Receptionist at Main Reception will issue an FH&C ticket to the participant to route him/her to the FH&C Unit and does not need to verbally alert the FH&C Unit staff.

The FH&C AJOS/Supervisor I will listen to and evaluate any material presented by the participant, review the case file, and explain the reason for the Agency's action(s) to the participant.

If the determination is that the Agency action was correct, the FH&C AJOS/Supervisor I will explain the reason for the determination to the participant. If the explanation is accepted, no further action is necessary. The AJOS/Supervisor I must complete a Conference Report (**M-186a**).

If the action under review in the conference is to be settled and cash

benefits are to be issued; the FH&C AJOSI will take action in accordance with the approved levels. When necessary, the AJOSII will approve.

Should the participant elect to continue his/her appeal by requesting or proceeding to a Fair Hearing already 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.


Evidence Packets All Evidence Packets must contain a detailed history of the request, Notices (Denials/Approvals), and other documentation relevant to the action taken.

REFERENCES

- 18 NYCRR Part 352
- 18 NYCRR § 370.3
- 18 NYCRR Part 372
- 18 NYCRR § 385.4
- 18 NYCRR Part 397
- 02 ADM-2

RELATED ITEM [PD #10-22-SYS](#) Single Issuance Grant Requests in POS

ATTACHMENTS

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

- FIA-12** Cash Assistance Additional Allowances (Rev. 03/13)
- FIA-12 (S)** Cash Assistance Additional Allowances (Spanish) (Rev. 03/13)
- W-111F** Participant Request Control Card (Rev. 09/02/11)
- W-113A** Documentation Request Form (Return Document for Special Grant) (Rev. 7/1/14)
- W-113A (S)** Documentation Request Form (Return Document for Special Grant) (Spanish) (Rev. 7/1/14)
- W-137A** Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or to Add a Person to the Cash Assistance Case (For Participants Only) (Rev. 7/1/14)
- W-137A (S)** Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or to Add a Person to the Cash Assistance Case (For Participants Only) (Spanish) (Rev. 7/1/14)

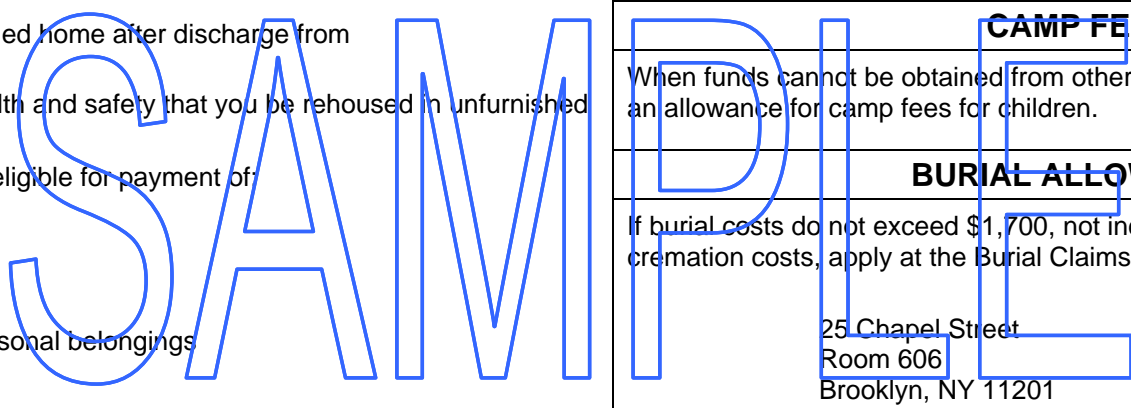
- W-137B** Action Taken on Your Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or to Add a Person to the Cash Assistance Case (For Participants Only) (Rev. 7/1/14)
- W-137B (S)** Action Taken on Your Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or to Add a Person to the Cash Assistance Case (For Participants Only) (Spanish) (Rev. 7/1/14)
- W-137C** Cash Assistance Additional Allowances (Rev. 7/1/14)
- W-137C (S)** Cash Assistance Additional Allowances (Spanish) (Rev. 7/1/14)

CASH ASSISTANCE ADDITIONAL ALLOWANCES

You may be eligible for an additional cash grant if someone is added to your budget or to meet certain special needs.

DO ANY OF THESE SITUATIONS APPLY TO YOU?

ADDITIONAL HOUSEHOLD MEMBER	WORK ACTIVITY-RELATED SUPPORTIVE SERVICES
<p>If you have a new baby, or a child or adult has recently moved into your household, you may be eligible for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • additional cash assistance for food, rent and other needs • additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits 	<p>If you participate in work-related activities approved by us, you may be eligible for supportive services such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • child care allowance within approved limits, if needed • necessary public transportation • clothing for participants in job search who have exceptional circumstances, such as homelessness or a recent fire, and lack appropriate clothing • activity/engagement-related licensing, uniform or durable goods fees, within approved limits, upon submission of documentation certifying the need for such items
NEED EXTRA MONEY FOR FOOD	
<p>If you cannot prepare meals in your own home because your oven, stove or refrigerator doesn't work, or you live in a residence without cooking facilities, or you are very sick, you may be eligible for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a restaurant allowance or • an allowance for home-delivered meals 	
HOUSING AND SHELTER-RELATED NEEDS	
<p>Back rent to prevent your eviction Back mortgage and/or property taxes to prevent foreclosure Payment to maintain or restore utility service(s) A semimonthly heating fuel allowance if your heating costs are not included in your rent Additional allowance for fuel Payment for home repairs if we decide the repairs are necessary to your health and safety or if the property must be repaired to remain income-producing Payment to repair, or in some cases replace, essential household items that you own, such as heating equipment, stove or refrigerator</p> <p>Money to buy essential household furnishings and items if:</p> <ul style="list-style-type: none"> • you are moving from a hotel or motel to permanent housing that is unfurnished • you live by yourself and have been discharged from an institution and cannot find furnished accommodations • a family member has returned home after discharge from foster care or an institution • It is necessary for your health and safety that you be rehoused in unfurnished accommodations <p>If you must move, you may be eligible for payment of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • moving expenses • security deposit/agreement • broker's fees/voucher • storage of furniture and personal belongings 	<p>Necessary supportive services will be provided when you begin a work activity. If your need changes or you are not receiving a needed service, apply to your Job Center for an additional allowance.</p> <p>WEP agencies and/or contractors are responsible for providing necessary safety equipment or job-related clothing for their participants.</p> <p>Other services and help are available, such as counseling for crisis intervention, drug and alcohol abuse, life and parenting skills and day care for incapacitated adults. For more information, contact your Worker.</p>
	PREGNANCY
	<p>If you provide medical documentation showing the date your baby is due and you are at least four (4) months pregnant, you will be eligible for an additional \$50 per month in your grant.</p>
	CATASTROPHIC LOSS
	<p>If you recently lost your furniture or clothing in a fire, flood or other catastrophe, you may be eligible for an allowance to replace these items.</p>
	CAMP FEES
	<p>When funds cannot be obtained from other sources, you may be eligible for an allowance for camp fees for children.</p>
	BURIAL ALLOWANCE
	<p>If burial costs do not exceed \$1,700, not including cemetery plot or cremation costs, apply at the Burial Claims Unit within 60 days of death:</p> <p style="text-align: center;">25 Chapel Street Room 606 Brooklyn, NY 11201</p> <p>You may be eligible to receive a burial benefit of up to \$900.</p>



HOW TO REQUEST ADDITIONAL ASSISTANCE

You can add someone to your budget or request a special needs allowance in four ways – in person at the Center, by telephone, by mail or by fax. You may need to contact another designated office to receive certain benefits.

If you go to your Job Center to see your Worker, you will be seen the same day. A designated Worker will help you with the request form. If you cannot wait to see a designated Worker you can get a request form from the receptionist; complete the form and leave it with the receptionist, who will give you a dated copy. Or you can take the form home and mail the completed form to the Worker. If you make a request in person, the Worker may also give you a form listing documents you will have to bring to prove need.

If you make your request by telephone or mail, the Worker will send you a filled-out copy of the request form and a list of documents you will have to provide to prove the need for your request.

If you need help in obtaining documents, tell the Worker and he or she will help you. If you need more time to get documents, explain that to the Worker before the deadline for submitting your documentation.

If you want to have a person 18 years of age or older added to your budget, that person will have to go in to the Job Center to apply in person.

The Worker will determine if you can have a person added to your budget or are eligible for a special allowance. The Worker will send you a notice informing you of the decision. If your request is denied, the notice will inform you of the reason for the denial. The Worker must make a decision within 30 days from the date of your request, or sooner, to address an emergency situation.

If you think our decision was wrong, you can ask for a review of our decision. We will correct our mistakes. You can do both 1 and 2: 1. Ask for a meeting (conference); 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 your Center and tell the receptionist that you want an agency conference. If you do not know the main telephone number for your Center, you can call the HRA Information line to find out the correct number to call. The HRA Information line telephone number is (877) 472-8411. Sometimes a conference is the fastest way to solve any problem you may have. We encourage you to do this even when you have asked for a Fair Hearing.

2. **Fair Hearing:** You may request a State Fair Hearing in writing, by telephone, by fax, in person or online.

Write: Mail a letter to Office of Administrative Hearings, NYS Office of Temporary and Disability Assistance, **P.O. Box 1930, Albany, NY 12201-1930** (Please keep a copy for yourself.)

Telephone: Call **(800) 342-3334**

Fax: Fax a letter to **(518) 473-6735**

In Person: Go to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at **14 Boerum Place, Brooklyn**

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

ASIGNACIONES ADICIONALES DE ASISTENCIA EN EFECTIVO

Usted podría ser elegible para una concesión adicional en efectivo si agrega a alguien a su presupuesto o para cubrir ciertas necesidades especiales

¿ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES LE CORRESPONDE?

MIEMBRO ADICIONAL EN EL HOGAR	SERVICIOS DE APOYO RELACIONADOS CON ACTIVIDADES DE TRABAJO
<p>Si tiene un recién nacido, o si recientemente un niño o un adulto se ha mudado a su hogar, usted podría ser elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asistencia en efectivo adicional para alimentos, alquiler y otras necesidades • beneficios adicionales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) 	<p>Si usted participa en actividades relacionadas con el trabajo y aprobadas por nosotros, podría ser elegible para servicios de apoyo tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asignación de cuidado infantil dentro de los límites aprobados, si es necesario • transporte público necesario • ropa para participantes en búsqueda de empleo quienes están experimentando circunstancias excepcionales, como desamparo o incendio reciente y falta de ropa adecuada • licenciatura relacionada con actividades de participación, cuotas de bienes de consumo duraderos, dentro de los límites aprobados, luego de presentar la documentación que certifique la necesidad de dichos artículos <p>Se proveerán servicios de apoyo necesarios cuando inicie una actividad de empleo. Si su necesidad cambia o no recibe el servicio, solicite una asignación adicional a su Centro de Trabajo.</p> <p>Las agencias de WEP y los contratistas son responsables de proveer a los participantes el equipo de seguridad necesario o ropa relacionada con el trabajo.</p> <p>Otros servicios y ayuda están disponibles, como asesoría en casos de crisis, drogadicción, alcoholismo, aptitudes de crianza y temas de la vida, y servicios de cuidado para adultos incapacitados. Para obtener más información comuníquese con su Trabajador.</p>
<p>NECESITA DINERO ADICIONAL PARA ALIMENTOS</p> <p>Si no puede preparar alimentos en su casa porque su horno, estufa o refrigerador no funcionan, o si vive en una residencia sin las instalaciones necesarias para cocinar o se encuentra muy enfermo(a), podría ser elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una asignación para restaurante o • una asignación para alimentos entregados a domicilio 	<p>EMBARAZO</p> <p>Si usted provee documentación médica que indique la fecha proyectada para el nacimiento de su hijo y tiene por los menos cuatro (4) meses de embarazo, será elegible para obtener \$50 adicionales al mes en su concesión.</p>
<p>NECESIDADES RELATIVAS A LA VIVIENDA Y ALBERGUE</p> <p>Pagos de alquiler atrasados para prevenir su desahucio</p> <p>Pagos atrasados a su hipoteca y/o impuestos a la propiedad inmobiliaria para prevenir que sea hipotecada</p> <p>Pagos para mantener o restaurar los servicios públicos</p> <p>Una concesión quincenal de combustible para la calefacción o si los gastos de calefacción no están incluidos en el alquiler</p> <p>Una concesión adicional para combustible</p> <p>Pagos para reparaciones en su hogar necesarios para su salud y seguridad o si la propiedad debe ser reparada para continuar produciendo ingresos</p> <p>Pagos para reparaciones o en algunos casos reemplazar artículos esenciales que usted posea en el hogar, tales como equipo de calefacción, estufa o refrigerador</p> <p>Dinero para comprar inmobiliario y artículos de primera necesidad en el hogar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • usted se está mudando de un hotel o motel a una vivienda permanente que está sin amueblar • usted vive solo y ha sido dado de alta de una institución o establecimiento y no puede encontrar un alojamiento amueblado • un miembro de su familia ha regresado a casa después de haber sido dado de alta de una de un centro de cuidado o de una institución • Es necesario para su salud y seguridad que se le reinstale en un alojamiento sin amueblar 	<p>PÉRDIDA CATASTRÓFICA</p> <p>Si perdió recientemente muebles, ropa en un incendio, inundación o en otra catástrofe, podría ser elegible para una asignación para reemplazar esos artículos.</p>
<p>Pagos para reparaciones o en algunos casos reemplazar artículos esenciales que usted posea en el hogar, tales como equipo de calefacción, estufa o refrigerador</p>	<p>CUOTAS DE CAMPAMENTO</p> <p>En caso de que los fondos no puedan ser obtenidos de otras fuentes, usted podría ser elegible para obtener una asignación para las cuotas de campamento de niños.</p>
<p>Dinero para comprar inmobiliario y artículos de primera necesidad en el hogar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • usted se está mudando de un hotel o motel a una vivienda permanente que está sin amueblar • usted vive solo y ha sido dado de alta de una institución o establecimiento y no puede encontrar un alojamiento amueblado • un miembro de su familia ha regresado a casa después de haber sido dado de alta de una de un centro de cuidado o de una institución • Es necesario para su salud y seguridad que se le reinstale en un alojamiento sin amueblar <p>Si usted tiene que mudarse, podría ser elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gastos de mudanza • depósito de garantía/acuerdo • honorarios/comprobantes de agente • almacenaje de muebles y artículos personales 	<p>CONCESIÓN PARA ENTIERRO</p> <p>Si los gastos de entierro no exceden de \$1,700, sin incluir los gastos del solar en el cementerio y de incineración, preséntese a la Unidad de Reclamación de Entierro (Burial Claims Unit) dentro de los 60 días del fallecimiento:</p> <p>25 Chapel Street Room 606 Brooklyn, NY 11201</p> <p>Usted podría ser elegible para un reembolso para entierro de hasta \$900.</p>

CÓMO SOLICITAR ASISTENCIA ADICIONAL

Usted puede agregar a otra persona a su presupuesto o solicitar una asignación para necesidades especiales de las siguientes cuatro maneras: en persona en el Centro, por teléfono, por correo o por fax. Puede ser que para recibir ciertos beneficios tenga que comunicarse con otra oficina asignada.

Si se presenta a su Centro de Trabajo para reunirse con su Trabajador, le atenderán el mismo día. Un Trabajador asignado le ayudará con el formulario de solicitud. Si usted no puede esperar para reunirse con un Trabajador designado, puede pedir el formulario de solicitud a la recepcionista, luego llene el formulario y déjelo con la recepcionista quien le entregará una copia con la fecha. O puede llevarse el formulario a su casa, llenarlo y enviarlo por correo al Trabajador. Si hace su pedido en persona, el Trabajador puede además darle el formulario con una lista de los documentos para probar la necesidad de su petición.

Si hace su pedido por teléfono o por correo, el Trabajador le enviará una copia de la solicitud llenada y la lista de los documentos que deberá presentar para probar la necesidad de su petición.

Si necesita ayuda para obtener los documentos, informe al Trabajador y él o ella le ayudará. Si necesita más tiempo para obtener los documentos, explíquese al Trabajador antes de la fecha límite de la entrega de su documentación.

Si desea agregar a su presupuesto a una persona mayor de 18 años, esa persona tendrá que ir al Centro de Trabajo para tramitar su solicitud en persona.

El Trabajador determinará si usted puede agregar a una persona a su presupuesto o si puede ser elegible para una asignación especial. El Trabajador le enviará un aviso informándole de esta decisión. Si niegan su pedido, el aviso le informará de la razón por la cual le negaron la petición. El Trabajador debe tomar la decisión dentro de los 30 días a partir de la fecha de su pedido o antes si se presenta alguna emergencia.

Si usted cree que nuestra decisión es errónea, puede solicitar una revisión a nuestra decisión. Corregiremos nuestros errores. Puede hacer ambos 1 y 2. Solicitar una reunión (conferencia) 2. Solicitar una Audiencia Imparcial con un oficial Estatal de audiencias.

1. **Conferencia** (reunión informal con nosotros): Si considera que nuestra decisión es errónea o si no la entiende, por favor llámenos para programar una reunión. Para ello, llame a la recepción de su centro y dígame a la recepcionista que necesita una conferencia por parte de la Agencia. Si no sabe el número principal del Centro, puede llamar la línea de información del HRA para averiguar el número correcto y llamar. La línea de información del HRA es (877) 472-8411. Algunas veces la conferencia es la manera más rápida de solucionar cualquier problema que podría tener. Le recomendamos que solicite una conferencia, aun si no ha pedido una Audiencia Informal.

2. **Audiencia Imparcial**: Usted puede solicitar una Audiencia Imparcial por escrito, por teléfono, por fax, en persona o por Internet.

Escriba: Envíe una carta a Office of Administrative Hearings, NYS Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201-1930 (Por favor guarde una copia para usted.)

Teléfono: Llame al (800) 342-3334

Fax: Envíe una carta por fax al (518) 473-6735

En Persona: Acuda a la Oficina: New York State Office of Temporary and Disability Assistance ubicada en 14 Boerum Place, Brooklyn

Por Internet: Llene una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Participant Request Control Card

Job Center No. _____ Group _____

Month _____ Year _____

Page _____ of _____

Request Date	No. of Ext. Days	Participant's Name	Case Number	Case-Load	Participant Request						Action Taken		Sign Off Date	Req. Iss. Date	Act. Iss. Date
					H/H Add.	Other Add. Allow (Specify)	Emergencies			Approved	Denied				
							Shelter	Utility	Other (spec)						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

SAMPLE

Group Total _____ Job Center Total _____

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center Number: _____
Center Address: _____
Due Date: _____

Documentation Request Form
(Return Document for Special Grant)

Please bring or mail this form, including the documents listed below, to the above address.

- Must see Worker upon return Must see the Homelessness Diversion Unit (HDU) upon return
 Please return to sign your repayment agreement on the due date noted above.

<input checked="" type="checkbox"/> Request Type:	Documentation:	Name:
<input type="checkbox"/> Broker's fees/voucher	Statement from Licensed Broker	
<input type="checkbox"/> Chattel mortgage	Updated court documents/ Installments/debts	
<input type="checkbox"/> Disaster shelter/transportation/ replacement of clothing/ household furnishings	Statement/Referral from Red Cross.	
<input type="checkbox"/> Fuel/utility arrears	Oil/gas/electric/water bill; utility shut-off notice/restore notice	
<input type="checkbox"/> Furniture allowance/ essential household items	Leasing/purchasing/sales agreements	
<input type="checkbox"/> Home-delivered meals/restaurant allowance	Doctor/social worker's letter verifying disability; utility company temporary shut-off notice; other proof of inability to prepare meals at home	
<input type="checkbox"/> Home repair/maintenance	Three estimates from contractors	
<input type="checkbox"/> Purchase of interest in low-cost housing development	Proof of income such as Form W-2 , current pay stubs, income tax return for year _____; statement from financial institution/lender	
<input type="checkbox"/> Mortgage payments/arrears	Statement from financial institution/lender; liens, lawsuits, other pending claims	
<input type="checkbox"/> Moving expenses/allowance	Three estimates from Licensed Movers	
<input type="checkbox"/> Pregnancy allowances	Doctor/clinic/medical statement with EDC date	
<input type="checkbox"/> Property tax payments/arrears	Tax bill (showing ownership of home)	
<input type="checkbox"/> Replacement of lost /stolen SSI check/cash (proceeds of SSI check only)	SSI, SSA, pension award letter	

<input checked="" type="checkbox"/> Request Type:	Documentation:	Name:
<input type="checkbox"/> Rent supplement/arrears	Current lease; rental history breakdown from landlord; landlord notice/court documents; proof of contributions toward rent arrears from family, friends, organizations such as Form W-146E completed and signed by third party; proof of income such as pay stubs/statement from employer; other verification of how future excess rent will be paid	
<input type="checkbox"/> Security deposit/rent in advance	Statement from landlord regarding new apartment/security deposit	
<input type="checkbox"/> Storage of furniture/personal belongings	Statement from storage facility	
<input type="checkbox"/> Other (indicate below): _____ _____ _____		

If for any reason you are unable to meet the agreed-upon due date, you must call your Worker prior to that due date. Failure to submit the above-specified documentation may result in the denial of your request for an additional allowances.

SAMPLE

 Applicant/Participant's Signature Applicant/Participant's Telephone Number Date

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Número del Centro : _____

Dirección del Centro: _____

Fecha de Entrega: _____

Formulario para Solicitar Documentación
(Devuelva este Documento para Concesión Especial)

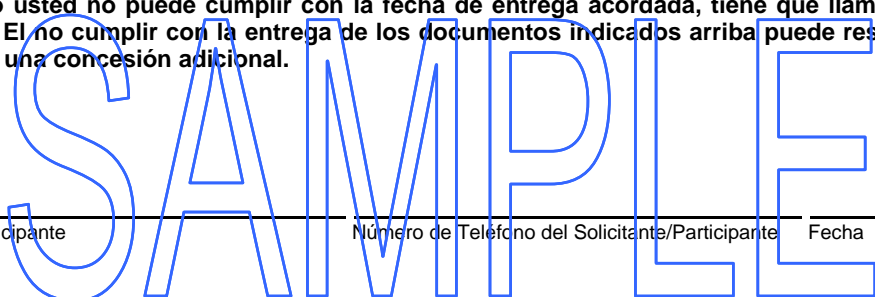
Favor de traer o enviar por correo a la dirección de arriba este formulario, incluyendo los documentos marcados abajo.

- Debe reunirse con Trabajador al regresar
- Debe reunirse con la Unidad de Reasignación de Desamparados (HDU) al regresar
- Favor de volver para firmar su acuerdo de reembolso en la fecha de entrega indicada arriba.

<input type="checkbox"/> Tipo de Petición:	Documentación:	Nombre:
<input type="checkbox"/> Cuota/comprobante de Agente	Declaración por parte de Agente con Licencia	
<input type="checkbox"/> Hipoteca prendaria	Documentos actualizados de la corte/Deudas a plazos	
<input type="checkbox"/> Refugio/transporte para desastres reemplazo de ropa/mobiliario	Declaración de la Cruz Roja/Derivación	
<input type="checkbox"/> Atrasos de combustible/electricidad y/o gas	Factura de aceite/electricidad/agua; aviso de desconexión de servicios de electricidad y/o gas; aviso de restablecimiento de servicios	
<input type="checkbox"/> Concesión para mobiliario y otros artículos domésticos	Acuerdo de compraventa	
<input type="checkbox"/> Comidas a domicilio/concesión para restaurantes	Carta del doctor y/o trabajador social comprobando tipo de incapacidad	
<input type="checkbox"/> Reparaciones/mantenimiento a la vivienda	Tres presupuestos de contratistas	
<input type="checkbox"/> Compra de Intereses en urbanización a bajo costo	Prueba de Ingreso como Formulario W-2 (S) actual, declaración de impuestos para el año _____; declaración por parte de institución financiera/prestamista	
<input type="checkbox"/> Atrasos/pagos de hipoteca	Declaración por parte de institución financiera/prestamista; retenciones, demandas, otras reclamaciones pendientes	
<input type="checkbox"/> Concesión/gastos de mudanza	Tres presupuestos por parte de Compañías de Mudanza con Licencia	
<input type="checkbox"/> Concesión por embarazo	Prueba médica de embarazo/carta del médico con fecha de EDC	
<input type="checkbox"/> Pagos/atrasos de impuesto sobre la propiedad	Factura de impuestos (indique posesión de la propiedad)	
<input type="checkbox"/> Reemplazo/reembolso de dinero/propiedad perdido(a)/robado(a) (sólo dinero del cheque de SSI)	Carta de asignación de jubilación SSI, SSA	

<input type="checkbox"/> Tipo de Petición:	Documentación:	Nombre:
<input type="checkbox"/> Suplemento/atrasos de Alquiler	Contrato de arrendamiento actual; desglose del historial arrendatario; aviso/documentos de la corte del casero; pruebas de contribuciones para atrasos de alquiler de parte de familiares, amistades, organizaciones como el Formulario W-146E (S) llenado y firmado por tercera parte; prueba de ingreso como talones de paga/declaración del empleador; otras pruebas de cómo se pagará la renta futura en exceso	
<input type="checkbox"/> Depósito de garantía/alquiler por adelantado	Declaración por parte del casero sobre nuevo(a) apartamento/garantía	
<input type="checkbox"/> Tarifas de almacenaje/efectos personales	Declaración por parte del local de Almacenaje	
<input type="checkbox"/> Otro caso (indicado abajo):		

Si por algún motivo usted no puede cumplir con la fecha de entrega acordada, tiene que llamar a su Trabajador antes de esa fecha. El no cumplir con la entrega de los documentos indicados arriba puede resultar en el rechazo de su solicitud para una concesión adicional.



 Firma del Solicitante/Participante Número de Teléfono del Solicitante/Participante Fecha

Date: _____
Case Name: _____
Case Number: _____
Caseload: _____
Center: _____
Worker Telephone No.: _____
FH&C Telephone No.: _____

Request for Emergency Assistance, Additional Allowances, or to Add a Person to the Cash Assistance Case (For Participants Only)

Please fill out this form if you need emergency assistance, additional allowances, or to add a person to the case.

Remember:

- (1) You may be asked for proof of what you tell us. If you have trouble obtaining proof, your Worker must help you.
- (2) You may still need to see your Worker. If you do, you will be given an appointment.

SECTION I: EMERGENCY ASSISTANCE

The type of emergency assistance I am requesting is:

SAMPLE

The reason I need emergency assistance is:

SECTION II: ADDITIONAL ALLOWANCES

I am requesting the following allowance(s) for special need(s):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Back rent | <input type="checkbox"/> Additional allowance for fuel |
| <input type="checkbox"/> Repair of essential household items | <input type="checkbox"/> Additional allowance to maintain or restore utility service |
| <input type="checkbox"/> Back mortgage and/or taxes | <input type="checkbox"/> Property repairs |
| <input type="checkbox"/> Pregnancy allowance | <input type="checkbox"/> Replacement of clothing lost as a result of a disaster such as homelessness or fire |
| <input type="checkbox"/> Restaurant allowance because I cannot prepare meals where I am living | <input type="checkbox"/> Other: |
| <input type="checkbox"/> Burial allowance – you or your duly authorized representative must apply for this allowance at the Burial Claims Unit
25 Chapel Street, Room 606
Brooklyn, NY 11201
Telephone: (718) 473-8310 | |

(Worker: Scan and Index this completed form and give the signed original back to the participant.)

SECTION II: ADDITIONAL ALLOWANCES (Continued)

I am requesting the following allowance(s) for special need(s):

<p>Expenses related to moving:</p> <p><input type="checkbox"/> Moving expenses</p> <p><input type="checkbox"/> Security deposit/agreement</p> <p><input type="checkbox"/> Broker's/finder's fee/voucher</p> <p><input type="checkbox"/> Furniture and other household items</p> <p><input type="checkbox"/> Storage of furniture and personal belongings</p>	<p>New Address: _____ (include apt. no.)</p> <p>_____ City _____ State _____ Zip Code _____</p> <p>When did you move? _____ New rent: \$ _____</p> <p>Landlord's name: _____</p> <p>Primary tenant's name: _____</p> <p>Address: _____ (include apt. no.)</p> <p>_____ City _____ State _____ Zip Code _____</p>
---	--

SECTION III: WORK ACTIVITY-RELATED SUPPORTIVE SERVICES

I am requesting the following supportive services:

- | | |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Clothing for participants in job search activities who have exceptional circumstances, such as homelessness or a recent fire and lack of appropriate clothing</p> <p><input type="checkbox"/> Activity/engagement-related licensing, uniform or durable goods fee within approved limits, upon submission of documentation certifying the need for such items</p> | <p><input type="checkbox"/> Child care allowance within approved limits, if needed</p> <p><input type="checkbox"/> Necessary public transportation</p> <p><input type="checkbox"/> Other work activity-related supportive services: _____</p> |
|--|---|

WEP agencies and/or contractors are responsible for providing necessary safety equipment or job-related clothing for their participants.

Necessary supportive services will be provided when you begin a work activity. If your needs change or if you are not receiving a needed service, you should apply for an additional allowance.

SECTION IV: ADD PERSON TO CASE

If you do not have all this information, you can still submit this form to your Worker.

I want to add the following person(s) to my cash assistance case:

<p><input type="checkbox"/> New Baby</p> <p><input type="checkbox"/> Child entered home</p> <p><input type="checkbox"/> Child under 18 years of age (whose immigrant status has changed since my last application/recertification)</p> <p><input type="checkbox"/> Spouse/Adult living with me who has not previously applied (this person must complete an application to receive assistance)</p> <p><input type="checkbox"/> Spouse who previously applied and was denied because immigration status and his/hers status have changed now (this person does not need to complete another application/recertification)</p> <p><input type="checkbox"/> Myself/Adult payee to the case</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p>	<p>Name: _____</p> <p>Date moved in/returned: _____</p> <p>Date of Birth: _____</p> <p>Social Security Number (if known): _____</p> <hr/> <p>Name: _____</p> <p>Date moved in/returned: _____</p> <p>Date of Birth: _____</p> <p>Social Security Number (if known): _____</p> <hr/> <p>Name: _____</p> <p>Date moved in/returned: _____</p> <p>Date of Birth: _____</p> <p>Social Security Number (if known): _____</p>
---	---

Participant's Signature

Date of Request

Time of Request AM PM

Worker's Signature

Date

Fecha: _____
Nombre del Caso: _____
Número del Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Centro: _____
Núm. de Teléfono del Trabajador: _____
Núm. de Tel. del FH&C: _____

Petición para Asistencia de Emergencia, Asignaciones Adicionales, o para Añadir a una Persona al Caso de Asistencia en Efectivo (Sólo para Participantes)

Favor de llenar este formulario si necesita asistencia de emergencia, asignaciones adicionales, o para añadir una persona al caso.

Recuerde:

- (1) Puede que se le pida prueba de los datos que usted nos proporcione. Si tiene problemas en obtener pruebas, su Trabajador tiene que ayudarlo.
- (2) Puede que usted aún necesite reunirse con su Trabajador. En tal caso, se le programará una cita.

SECCIÓN I: ASISTENCIA DE EMERGENCIA

El tipo de asistencia de emergencia que estoy solicitando es:

SAMPLE

La razón por la cual necesito asistencia de emergencia es la siguiente:

SECCIÓN II: ASIGNACIONES ADICIONALES

Estoy solicitando la(s) siguiente(s) asignación(es) para necesidad(es) especial(es):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alquiler atrasado | <input type="checkbox"/> Asignación adicional para combustible |
| <input type="checkbox"/> Reparación de artículos del hogar de primera necesidad | <input type="checkbox"/> Asignación adicional para mantener o restaurar servicios públicos |
| <input type="checkbox"/> Hipoteca y/o impuestos atrasados | <input type="checkbox"/> Reparaciones a la propiedad |
| <input type="checkbox"/> Asignación para embarazo | <input type="checkbox"/> Reemplazo de ropa perdida a raíz de desastres tal como desamparo o incendio |
| <input type="checkbox"/> Asignación para restaurante porque no puedo preparar comidas donde estoy viviendo | <input type="checkbox"/> Otras asignaciones: |
| <input type="checkbox"/> Asignación para entierros – usted o su representante debidamente autorizado debe solicitar esta asignación en la Unidad de Reclamos de Entierro
25 Chapel Street, Sala 606
Brooklyn, NY 11201
Teléfono: (718) 473-8310 | |

(Worker: Scan and Index this completed form and give the signed original back to the participant.)

SECCIÓN II: ASIGNACIONES ADICIONALES (continuación)

Estoy solicitando la(s) siguiente(s) asignación(es) para necesidad(es) especial(es):

<p>Gastos relacionados con la mudanza::</p> <p><input type="checkbox"/> Gastos de mudanza</p> <p><input type="checkbox"/> Depósito/acuerdo de garantía</p> <p><input type="checkbox"/> Pago de comisión/comprobante de agente</p> <p><input type="checkbox"/> Muebles y otros artículos del hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Almacenamiento de muebles y artículos personales</p>	<p>Nueva Dirección: _____ (con núm. de apt.)</p> <p>_____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal</p> <p>¿Cuándo se mudó? _____ Nuevo alquiler: \$ _____</p> <p>Nombre del casero: _____</p> <p>Nombre del inquilino principal: _____</p> <p>Dirección: _____ (con núm. de apt.)</p> <p>_____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal</p>
---	---

SECCIÓN III: SERVICIOS DE APOYO RELACIONADOS CON ACTIVIDADES DE TRABAJO

Estoy solicitando los siguientes servicios de apoyo:

- | | |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> Ropa para participantes que realicen actividades relacionadas con la búsqueda de trabajo, que se encuentren en situaciones fuera de lo común, tales como desahucio o incendio reciente y no tener la vestimenta adecuada.</p> <p><input type="checkbox"/> Cuota de autorización, relacionada con actividad/participación, de uniformes o bienes duraderos dentro de los límites aprobados, a la hora de presentar la documentación que compruebe la necesidad de dichos artículos</p> | <p><input type="checkbox"/> Asignación de cuidado infantil dentro de los límites aprobados, de ser necesario</p> <p><input type="checkbox"/> Transporte público necesario</p> <p><input type="checkbox"/> Otros servicios de apoyo relativos a actividades de trabajo: _____</p> |
|--|--|

Las agencias de WEP y/o los contratistas tienen la responsabilidad de proporcionar a sus participantes la ropa o el equipo de seguridad necesarios para el trabajo.

Se brindarán los servicios necesarios cuando usted empiece una actividad de trabajo. Si se produce algún cambio en sus necesidades, o si usted no está recibiendo un servicio necesario, debería solicitar una asignación adicional.

SECCIÓN IV: AÑADA A UNA PERSONA AL CASO

Si usted no tiene toda esta información, aún puede presentar este formulario a su Trabajador.

Deseo añadir a la(s) siguientes personas a mi caso de asistencia en efectivo:

<p><input type="checkbox"/> Recién nacido</p> <p><input type="checkbox"/> Niño ingresó al hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Niño menor de 18 años de edad (cuyo estado de inmigración haya cambiado desde mi última solicitud/recertificación)</p> <p><input type="checkbox"/> Cónyuge/Adulto que viva conmigo quien no haya presentado solicitud anteriormente (para recibir asistencia dicha persona debe llenar una solicitud)</p> <p><input type="checkbox"/> Cónyuge quien anteriormente haya presentado solicitado y haya sido rechazado por su estado de inmigración y cuyo estado haya cambiado (dicha persona no necesita llenar otra solicitud/recertificación)</p> <p><input type="checkbox"/> Yo mismo(a)/Beneficiario adulto al caso</p> <p><input type="checkbox"/> Otra Persona _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otra Persona _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otra Persona _____</p>	<p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de mudanza/regreso: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Número de Seguro Social (si lo sabe): _____</p> <hr/> <p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de mudanza/regreso: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Número de Seguro Social (si lo sabe): _____</p> <hr/> <p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de mudanza/regreso: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Número de Seguro Social (si lo sabe): _____</p>
--	--

Firma del Participante

Fecha de la Petición

Hora de la Petición AM PM

Worker's Signature

Fecha

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Caseload: _____
Worker Telephone No.: _____
FH&C Telephone No.: _____

**Action Taken on Your Request for Emergency Assistance, Additional Allowances,
or to Add a Person to the Cash Assistance Case
(For Participants Only)**

The Agency's decision(s) regarding your benefit program(s) is/are explained below, next to the checked box(es) .

This Notice applies only to your request for an additional allowance to meet a special need, a change in grant, or an application for emergency assistance. If your request for additional assistance is denied, your ongoing Cash Assistance case will not be affected.

On _____, you requested Emergency Assistance Additional Allowance for:
(Date)

SAMPLE

- Your request for _____ has been accepted. You will receive:
- One payment in the amount of \$ _____ . Period covered, if applicable: _____

Method of payment:

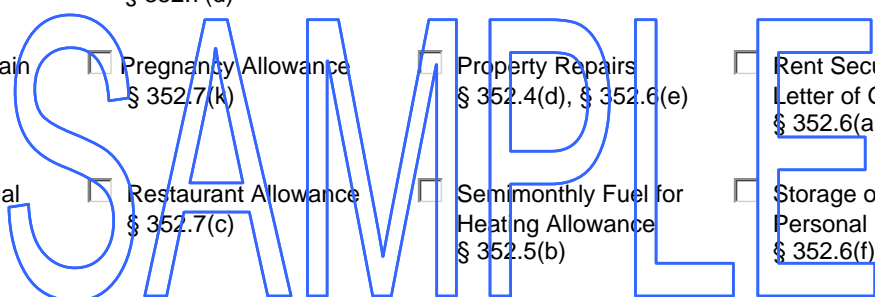
- Broker's or finder's fee/voucher Check to be picked up by you at your Job Center Check mailed to your home
- As an addition to your regular public grant, which can be obtained through the EBT system Security deposit agreement Direct vendor check
- Other action: _____
- You will receive a second notice informing you as to how your ongoing benefits will be affected.

On _____, you were referred to the Burial Claims Unit at 25 Chapel Street, Room 606, Brooklyn, NY 11201, (718) 473-8310, to apply for a burial allowance.

Your request for _____ has been denied because:

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR (please see the section numbers below):

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Addition to Household § 352.30 | <input type="checkbox"/> Additional Allowance for Fuel § 352.5 | <input type="checkbox"/> Back Mortgage and/or Taxes § 352.7(g) | <input type="checkbox"/> Back Rent § 352.7(g) |
| <input type="checkbox"/> Broker's or Finder's Fee/Voucher § 352.6(a) | <input type="checkbox"/> Catastrophic Loss (replacement of clothing and furniture lost in fire, flood or other disaster) § 352.7(d) | <input type="checkbox"/> Furniture and Other Household Items § 352.7(a) | <input type="checkbox"/> Moving Expenses § 352.6(a) |
| <input type="checkbox"/> Payment to Maintain or Restore Utility Services § 352.5 | <input type="checkbox"/> Pregnancy Allowance § 352.7(k) | <input type="checkbox"/> Property Repairs § 352.4(d), § 352.6(e) | <input type="checkbox"/> Rent Security Deposit/ Letter of Guarantee § 352.6(a) |
| <input type="checkbox"/> Repair of Essential Household Items § 352.7(b) | <input type="checkbox"/> Restaurant Allowance § 352.7(c) | <input type="checkbox"/> Semimonthly Fuel for Heating Allowance § 352.5(b) | <input type="checkbox"/> Storage of Furniture and Personal Belongings § 352.6(f) |
| <input type="checkbox"/> Work Activity Related Supportive Services § 385.4 | | | |



Other (specify): _____

JOS/Worker's Signature

Date

Supervisor's Signature

Date

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

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page one (1)** of this notice or write to us at the address on **page one (1)** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

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

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930, Albany, NY 12201
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
(518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.ctda.ny.gov/eah/forms.asp>

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

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

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

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on **page one (1)** of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for Cash Assistance, medical assistance or social services issues and ninety (90) days for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline. **Note:** If your situation is extremely serious please explain your situation; the State will attempt to process your request for a Fair Hearing as quickly as possible. If you call to request a Fair Hearing, please be prepared to explain your situation to the person who answers the phone.

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

SAMPLE

Print Name: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Unidad de Casos: _____
Núm. de Teléfono del Trabajador: _____
Núm. de Teléfono de FH&C: _____

Medidas Tomadas con Respecto a su Petición de Asistencia de Emergencia, Asignaciones Adicionales, o Añadidura de una Persona al Caso (Sólo para Participantes)

La(s) decisión(es) de la Agencia con respecto a su(s) programa(s) de beneficio(s) se explica(n) más abajo, junto a la(s) casilla(s) marcada(s) .

Este Aviso sólo se refiere a su petición de una asignación adicional para satisfacer una necesidad específica, un cambio en la concesión o una solicitud de asistencia de emergencia. Si su petición de asistencia adicional es rechazada, su caso actual de Asistencia en Efectivo no será afectado.

El _____, usted solicitó Asistencia de Emergencia Asignación Adicional para:
(Fecha)

SAMPLE

Su solicitud de _____, ha sido aceptada. Usted recibirá:

Un pago por la cantidad de \$ _____. Período de cobertura, si corresponde: _____.

Método de pago:

Pago/comprobante de agente o intermediario Cheque que debe ser recogido por usted en su Centro de Trabajo Cheque enviado por correo a su hogar

Un suplemento a su concesión pública usual, que se puede obtener a través del sistema de EBT Acuerdo de depósito de garantía Cheque directo al contratista

Otra medida: _____

Usted recibirá un segundo aviso informándole de cómo serán afectados sus beneficios actuales.

NOTA: A partir del 29 de agosto, toda referencia al Programa de Cupones para Alimentos en este aviso se denominará el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), y toda referencia a Cupones para Alimentos se denominará beneficios de SNAP.

El _____, usted fue enviado a la Unidad de Reclamos de Sepultura (Burial Claims Unit) en 25 Chapel Street, Sala 606, Brooklyn, NY 11201, (718) 473-8310, para solicitar una asignación de sepultura.

Su petición de _____ ha sido rechazada debido a que:

La(s) ley(es) y/o reglamento(s) que nos permite(n) hacer esto es/son 18 NYCRR (favor de ver la sección a continuación):

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agregar una Persona al Hogar § 352.30 | <input type="checkbox"/> Asignación Adicional para Combustible § 352.5 | <input type="checkbox"/> Pagos Atrasados de Hipoteca y/o Impuestos § 352.7(g) | <input type="checkbox"/> Alquiler Atrasado § 352.7(g) |
| <input type="checkbox"/> Pago/Comprobante de Agente o Intermediario de Bienes Raíces §352.6(a) | <input type="checkbox"/> Pérdida Catastrófica (reemplazo de ropa y muebles perdidos por un fuego, inundación u otro desastre) § 352.7(d) | <input type="checkbox"/> Muebles y Otros Artículos Domésticos § 352.7(a) | <input type="checkbox"/> Gastos de Mudanza § 352.6(a) |
| <input type="checkbox"/> Pagos para Mantener o Restaurar Servicios de Electricidad y Gas § 352.5 | <input type="checkbox"/> Asignación para Embarazo §352.7(k) | <input type="checkbox"/> Reparaciones a la Propiedad § 352.4(d), § 352.6(e) | <input type="checkbox"/> Depósito de Garantía de Alquiler/Carta de Garantía § 352.6(a) |
| <input type="checkbox"/> Reparaciones de Artículos Domésticos Indispensables §352.7(b) | <input type="checkbox"/> Asignación para Restaurante § 352.7(c) | <input type="checkbox"/> Asignación Quincenal de Combustible para Calefacción § 352.5(b) | <input type="checkbox"/> Almacenamiento de Muebles y Pertenencias Personales § 352.6(f) |
| <input type="checkbox"/> Actividad de Trabajo Relacionada con Servicios de Apoyo § 385.4 | | | |

SAMPLE

Otros (datos específicos): _____

Firma del JOS/Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

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

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en la **página uno (1)** de este aviso, o escríbanos a la dirección que también aparece en la **página uno (1)** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

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

(1) POR TELÉFONO: Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)

(2) POR ESCRITO: Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930, Albany, NY 12201
(Favor de guardar una copia para usted.)

(3) POR FAX: Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.

(4) EN PERSONA: Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) en:
14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201.

(5) POR INTERNET: Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:
<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

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

Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse, puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

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

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **primera página** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de Asistencia en Efectivo, asistencia médica o servicios sociales y noventa (90) días para asuntos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Si no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite. **Nota:** Si su circunstancia es sumamente urgente, favor de explicarlo en detalle; el Estado hará todo esfuerzo de procesar su solicitud para una Audiencia Imparcial lo más pronto posible. Si usted llama para solicitar una Audiencia Imparcial, por favor esté preparado para explicar su situación a la persona que conteste el teléfono.

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

SAMPLE

Nombre en
Letras de
Molde: _____

Nombre I. Apellido

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

CASH ASSISTANCE ADDITIONAL ALLOWANCES

You may be eligible for an additional cash grant if someone is added to your budget or to meet certain special needs.
DO ANY OF THESE SITUATIONS APPLY TO YOU?

ADDITIONAL HOUSEHOLD MEMBER	WORK ACTIVITY-RELATED SUPPORTIVE SERVICES
<p>If you have a new baby, or a child or adult has recently moved into your household, you may be eligible for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • additional cash assistance for food, rent and other needs • additional Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits 	<p>If you participate in work-related activities approved by us, you may be eligible for supportive services such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • child care allowance within approved limits, if needed • necessary public transportation • clothing for participants in job search who have exceptional circumstances, such as homelessness or a recent fire, and lack appropriate clothing • activity/engagement-related licensing, uniform or durable goods fees, within approved limits, upon submission of documentation certifying the need for such items <p>Necessary supportive services will be provided when you begin a work activity. If your need changes or you are not receiving a needed service, apply to your Job Center for an additional allowance.</p>
NEED EXTRA MONEY FOR FOOD	
<p>If you cannot prepare meals in your own home because your oven, stove or refrigerator doesn't work, or you live in a residence without cooking facilities, or you are very sick, you may be eligible for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a restaurant allowance or • an allowance for home-delivered meals 	
HOUSING AND SHELTER-RELATED NEEDS	<p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5;">SAMPLE</p> <p>WEP agencies and/or contractors are responsible for providing necessary safety equipment or job-related clothing for their participants.</p> <p>Other services and help are available, such as counseling for crisis intervention, drug and alcohol abuse, life and parenting skills and day care for incapacitated adults. For more information, contact your worker.</p>
<p>Back rent to prevent your eviction</p> <p>Back mortgage and/or property taxes to prevent foreclosure</p> <p>Payment to maintain or restore utility service(s)</p> <p>A semimonthly heating fuel allowance if your heating costs are not included in your rent</p> <p>Additional allowance for fuel</p>	
<p>Payment for home repairs if we decide the repairs are necessary to your health and safety or if the property must be repaired to remain income-producing</p> <p>Payment to repair, or in some cases replace, essential household items that you own, such as heating equipment, stove or refrigerator</p>	
<p>Money to buy essential household furnishings and items if:</p> <ul style="list-style-type: none"> • you are moving from a hotel or motel to permanent housing that is unfurnished • you live by yourself and have been discharged from an institution and cannot find furnished accommodations • a family member has returned home after discharge from foster care or an institution • it is necessary for your health and safety that you be rehoused in unfurnished accommodations 	
<p>If you must move, you may be eligible for payment of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • moving expenses • security deposit/agreement • broker's fees/voucher • storage of furniture and personal belongings 	
PREGNANCY	
<p>If you provide medical documentation showing the date your baby is due and you are at least four (4) months pregnant, you will be eligible for an additional \$50 per month in your grant.</p>	
CATASTROPHIC LOSS	
<p>If you recently lost your furniture or clothing in a fire, flood or other catastrophe, you may be eligible for an allowance to replace these items.</p>	
CAMP FEES	
<p>When funds cannot be obtained from other sources, you may be eligible for an allowance for camp fees for children.</p>	
BURIAL ALLOWANCE	
<p>If burial costs do not exceed \$1,700, not including cemetery plot or cremation costs, apply at the Burial Claims Unit within 60 days of death:</p> <p style="margin-left: 20px;">25 Chapel Street Room 606 Brooklyn, NY 11201</p> <p>You may be eligible to receive a burial benefit of up to \$900.</p>	

HOW TO REQUEST ADDITIONAL ASSISTANCE

You can add someone to your budget or request a special needs allowance in four ways – in person at the Center, by telephone, by mail or by fax. You may need to contact another designated office to receive certain benefits.

If you go to your Job Center to see your Worker, you will be seen the same day. A designated Worker will help you with the request form. If you cannot wait to see a designated Worker you can get a request form from the receptionist; complete the form and leave it with the receptionist, who will give you a dated copy. Or you can take the form home and mail the completed form to the Worker. If you make a request in person, the Worker may also give you a form listing documents you will have to bring to prove need.

If you make your request by telephone or mail, the Worker will send you a filled-out copy of the request form and a list of documents you will have to provide to prove the need for your request.

If you need help in obtaining documents, tell the Worker and he or she will help you. If you need more time to get documents, explain that to the Worker before the deadline for submitting your documentation.

If you want to have a person 18 years of age or older added to your budget, that person will have to go in to the Job Center to apply in person.

The Worker will determine if you can have a person added to your budget or are eligible for a special allowance. The Worker will send you a notice informing you of the decision. If your request is denied, the notice will inform you of the reason for the denial. The Worker must make a decision within 30 days from the date of your request, or sooner, to address an emergency situation.

If you think our decision was wrong, you can ask for a review of our decision. We will correct our mistakes. You can do both 1 and 2: 1. Ask for a meeting (conference); 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 your Center and tell the receptionist that you want an Agency conference. If you do not know the main telephone number for your Center, you can call the HRA Information line to find out the correct number to call. The HRA Information line telephone number is **(877) 472-8411**. Sometimes a conference is the fastest way to solve any problem you may have. We encourage you to do this even when you have asked for a Fair Hearing.

2. **Fair Hearing:** You may request a State Fair Hearing in writing, by telephone, by fax, in person or online.

Write: Mail a letter to Office of Administrative Hearings, NYS Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201-1930 (Please keep a copy for yourself.)

Telephone: Call **(800) 342-3334**

Fax: Fax a letter to **(518) 473-6735**

In Person: Go to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

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

ASIGNACIONES ADICIONALES DE ASISTENCIA EN EFECTIVO

Usted podría ser elegible para una concesión adicional de dinero en efectivo si se agrega a alguien a su presupuesto o para cubrir ciertas necesidades especiales.

¿ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES LE CORRESPONDE A USTED?

MIEMBRO ADICIONAL EN EL HOGAR	SERVICIOS DE APOYO RELACIONADOS CON ACTIVIDADES DE TRABAJO
<p>Si usted tiene un recién nacido o si un niño o un adulto se ha mudado recientemente a su hogar, usted podría tener derecho a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asistencia en efectivo adicional para comida, alquiler y otras necesidades • Beneficios adicionales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) 	<p>Si usted participa en actividades de trabajo aprobadas por nosotros, podría ser elegible para servicios de apoyo como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asignación para cuidado infantil dentro de los límites aprobados, de ser necesario • transporte público necesario • ropa para participantes en búsqueda de trabajo en circunstancias fuera de lo común, como desamparo o incendio reciente y falta de ropa adecuada • licenciatura relacionada con actividades/participación, cuotas de uniformes o de bienes duraderos, dentro de los límites aprobados, tras la presentación de documentación que certifique la necesidad de tales artículos
<p>NECESITA DINERO ADICIONAL PARA COMIDA</p>	<p>Se le brindarán los servicios de apoyo necesarios cuando usted comience una actividad de trabajo. Si usted necesita cambios o si no recibe un servicio necesario, solicite una asignación adicional en su Centro de Trabajo.</p>
<p>Si usted no puede preparar comidas en su propio hogar porque su horno, estufa o refrigerador no funcionan, o vive en una residencia sin instalaciones de cocina, o usted está muy enfermo puede que reúna los requisitos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una asignación para restaurante o • una asignación para comidas entregadas a domicilio 	<p>Las agencias de WEP y/o sus contratistas tienen la responsabilidad de proveer equipo de seguridad o ropa relacionada con el trabajo necesarios para sus participantes.</p>
<p>NECESIDADES RELACIONADAS CON LA VIVIENDA Y EL ALBERGUE</p>	<p>Otros servicios y ayuda están disponibles, como asesoría de intervención en caso de crisis, drogadicción y alcoholismo, aptitudes para el diario vivir y aptitudes para la crianza y cuidado para adultos incapacitados durante el día. Para más detalles comuníquese con su Trabajador.</p>
<p>Pagos atrasados de alquiler para prevenir su desalojo</p> <p>Pagos atrasados de hipoteca y/o impuestos a la propiedad inmobiliaria para prevenir el embargo de su hipoteca</p> <p>Pago para mantener o restaurar servicio de electricidad y/o gas</p>	<p>EMBARAZO</p>
<p>Una concesión quincenal de combustible para calefacción o si los costos de calefacción no están incluidos en su alquiler</p> <p>Asignación adicional para combustible</p>	<p>Si usted proporciona documentación médica que muestre la fecha de nacimiento proyectada de su bebé, y que usted tiene por lo menos cuatro (4) meses de embarazo, tendrá derecho a \$50 adicionales por mes en su concesión.</p>
<p>Pagos para reparaciones a su hogar si determinamos que dichas reparaciones son necesarias para su salud y seguridad o la propiedad debe ser reparada para continuar produciendo ingresos.</p>	<p>PÉRDIDA CATASTRÓFICA</p>
<p>Pagos para reparaciones, o en algunos casos, para reemplazar artículos esenciales que usted posea, como equipo de calefacción, estufa o refrigeradora</p>	<p>Si recientemente usted ha perdido sus muebles o ropa en un incendio, inundación o en otra catástrofe, puede tener derecho a una asignación para reemplazar esos artículos.</p>
<p>Dinero para el inmobiliario y artículos de primera necesidad para el hogar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • usted se está mudando de un hotel o motel a una vivienda permanente que está sin muebles • usted vive solo y ha sido dado de alta por una institución y no puede encontrar alojamiento amueblado • un miembro de su familia ha regresado a su casa luego de haber sido dado de alta de un hogar de guarda o de una institución • es necesario para su salud y seguridad que se le reinstale en alojamiento sin amueblar 	<p>CUOTAS DE CAMPAMENTO</p>
<p>Si usted tiene que mudarse, usted podría tener derecho a pagos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gastos de mudanza • depósito de garantía/acuerdo • comisión/comprobantes de agentes • almacenaje de muebles y efectos personales 	<p>En caso de que los fondos no puedan obtenerse de otras fuentes, usted podría ser elegible para una asignación para las cuotas de campamento para niños.</p>
	<p>CONCESIÓN PARA ENTIERRO</p> <p>Si los gastos de entierro no exceden de \$1,700, sin incluir el solar en el cementerio o costos de incineración, preséntese al Burial Claims Unit (Unidad de Reclamaciones de Entierro) dentro de 60 días del fallecimiento:</p> <p>25 Chapel Street Room 606 Brooklyn, NY 11201</p> <p>Usted podría ser elegible para un beneficio de entierro de hasta \$900.</p>

CÓMO SOLICITAR ASISTENCIA ADICIONAL

Usted puede añadir a otra persona a su presupuesto o solicitar una asignación para necesidades especiales de cuatro maneras: en persona en su Centro, por teléfono, por correo o por fax. Puede ser que para recibir cierto tipo de beneficios, usted tenga que comunicarse con otra oficina designada.

Si usted se presenta a su Centro de Trabajo para reunirse con su Trabajador, se le atenderá ese mismo día. Un Trabajador designado le ayudará con el formulario de solicitud. Si usted no puede esperar para reunirse con un Trabajador designado, puede pedir una solicitud en la recepción, llenarla y dejarla allí mismo, donde se le dará una copia con fecha. También puede llevarse el formulario a casa, y después de llenarlo, enviarlo por correo al Trabajador. Si tramita su solicitud en persona, puede que el Trabajador le dé un formulario que lista los documentos que usted tendrá que traer para probar su necesidad.

Si usted presenta su petición por teléfono o por correo, el Trabajador le enviará una copia de su solicitud llenada y una lista de documentos que usted tendrá que proporcionar para probar la necesidad de su petición.

Si necesita ayuda para obtener documentos, comuníquese al Trabajador, para que éste le ayude. Si necesita más tiempo para conseguir los documentos, explíquese al Trabajador antes de la fecha límite de entrega de su documentación.

Si desea añadir a su presupuesto a una persona de 18 años de edad o mayor, dicha persona tendrá que presentarse al Centro de Trabajo para tramitar su solicitud en persona.

El Trabajador determinará si usted puede añadir a una persona a su presupuesto o si tiene derecho a una asignación especial. El Trabajador le enviará un aviso de la decisión. En caso de que se le niegue su solicitud, el aviso le indicará la razón por la denegación. El Trabajador debe tomar una decisión a más tardar 30 días a partir de la fecha de su solicitud, o antes de ello, si se presenta alguna emergencia.

Si usted considera que nuestra decisión fue errónea, puede solicitar una revisión de la misma. Rectificaremos nuestros errores. Usted puede hacer ambos 1 y 2: 1. Solicite una reunión (conferencia); 2. Solicite una Audiencia Imparcial con un oficial Estatal de audiencias.

- 1. Conferencia** (reunión informal con nosotros): Si usted considera que nuestra decisión fue errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para programar una reunión. Para ello, llame a la recepción de su Centro y solicite una conferencia de parte de la Agencia. Si usted no sabe el número de teléfono principal de su Centro, puede llamar a la Línea de Información de la HRA para conseguirlo. El número de teléfono de la Línea Informativa de la HRA es el **(877)472-8411**. A veces resulta que una conferencia es el modo más rápido de solucionar cualquier problema que usted pueda tener. Le alentamos que solicite una conferencia aún cuando usted haya pedido una Audiencia Imparcial.
- 2. Audiencia Imparcial:** Usted puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por escrito, por teléfono, por fax, en persona o por Internet.

Escriba: Envíe una carta a Office of Administrative Hearings, NYS Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201-1930 (Favor de guardar una copia para usted.)

Teléfono: Llame al **(800) 342-3334**

Envíe por Fax: Envíe una carta por fax al **(518) 473-6735**

En Persona: Diríjase a la oficina: New York State Office of Temporary and Disability Assistance a:
14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201.

Por Internet: Llene una solicitud electrónica conectándose a: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>