

GENERAL INFORMATION SYSTEM
DIVISION: Employment & Transitional Supports

August 18, 2006

Page: 1

TO: Commissioners; TA & FS Directors; WMS Coordinators; CAP Coordinators
FROM: Rus Sykes, Deputy Commissioner, Division of Employment and Transitional Supports
SUBJECT: Updated - Food Stamp Standards for October 1, 2006
EFFECTIVE DATE: October 1, 2006
CONTACT PERSON: FS Questions – Food Stamp Bureau (518) 473-1469
MRB/A NYC Questions - Stephen Cohen (212) 961-8205

As of October 1, 2006, the Food Stamp standards are as follows:

The standard deduction amounts that will be used in the annual FS mass rebudgeting for October 1, 2006:

Household Size	Standard Deduction
1	\$134 (no change)
2	134 (no change)
3	134 (no change)
4	139
5	162
6+	186

Maximum Excess Shelter Deduction: \$417
Homeless Shelter Deduction: \$143 (unchanged)
Boarder/Lodger Exclusion: \$155 for one or \$284 for two

Household Size	Monthly Income Elderly/Disabled Separate/Household 165% of Poverty	Maximum Gross Monthly Income 130% of Poverty	Maximum Net Monthly Income 100% of Poverty	Maximum Allotment
1	\$1,348	\$1,062	\$ 817	\$155
2	1,815	1,430	1,100	284
3	2,283	1,799	1,384	408
4	2,750	2,167	1,667	518
5	3,218	2,535	1,950	615
6	3,685	2,904	2,234	738
7	4,153	3,272	2,517	816
8	4,620	3,640	2,800	932
Each Add'l Member	+ 468	+ 369	+ 284	+ 117

New York State has re-evaluated the Standard Utility Allowances (SUA standards) and determined there will be no change to the amounts of the HT/AC SUA (Combined Heat/Utility/Phone SUA in NYC), Non-Heating SUA and Phone SUA:

GENERAL INFORMATION SYSTEM
DIVISION: Employment & Transitional Supports

August 18, 2006

Page: 2

Geographic Area	HT/AC SUA	UTIL SUA	PHONE SUA
NYC	\$577	\$256	\$33
Nassau & Suffolk	\$543	\$238	\$33
Rest of State	\$478	\$222	\$33

Districts are reminded that the standard SUA amounts, without pro-ration, are mandated for all households with qualifying utility costs rather than allowing use of the actual expenses when they exceed the standards. Also, residents of public or subsidized housing with shared meters who incur only an expense for excess utility usage are entitled to the applicable level of SUA. For example, a public housing tenant with heat included in the rent and who has a shared utility meter but pays a monthly excess fee for air conditioning is entitled to the HT/AC SUA. Additionally, in recognition that virtually all households incur phone expenses, the phone SUA must be granted for all cases (except homeless/undomiciled) that don't already have the phone SUA budgeted either alone, as part of a higher SUA or as part of a standardized NYSNIP or Group Home benefit.

In New York City, the new amounts for budgets effective October 1, 2006 will be migrated to production and used in a MRB/A for active cases on the weekend of September 16-17, 2006.

The standardized benefit amounts for NYSNIP (New York State Nutrition Improvement Program) and Group Home Standardized Benefits (GHSB) are *not* being updated as part of this Mass Rebudget for October 1, 2006.

A copy of the mass notice sent to recipients is attached. If the notice does not print properly and a hard copy is needed, please request a faxed copy via the contacts listed above. Please note that the attached mass notice is also being used to update the gross monthly income standards (130% of poverty level) to those households subject to six-month reporting rules.

**NOTICE OF INTENT TO CHANGE FOOD STAMPS
OCTOBER'06/NYC**

Case Number:

Loc. Off./Unit/Worker:

**General Telephone No. for
Questions or Help:**

Dear Food Stamp Recipient:

There will be changes to some items used to figure the amount of food stamps a household gets. These changes are as a result of changes in Federal law. The standard of Maximum Food Stamp Benefits (known as the Thrifty Food Plan or "TFP") has increased. These changes **may increase** the amount of food stamps you get. The changes will take place beginning with your October 2006 Food Stamp benefits.

Look at Chart # 1 below.

The dollar amount shown under your household size is the amount of the increase you may get in your monthly food stamps based on the Maximum Food Stamp Benefit change only. For example, if you are a typical food stamp household of two, currently receiving \$28 a month in food stamp benefits, beginning in October, you would get \$34 a month in food stamps (\$28.00 + \$6.00 = \$34.00).

CHART # 1										
HOUSEHOLD SIZE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Typical Amount of Food Stamp Increase	\$3	\$6	\$9	\$12	\$14	\$16	\$18	\$20	\$23	\$26

Note: If you are currently receiving \$10.00 a month in food stamp benefits, your food stamps may not change.

The Standard Deduction of \$134 has not changed for households with 1-3 persons but has increased to \$139 for households of four persons, \$162 for households of five persons and to \$186 for households of six or more persons. The Food Stamp Maximum Excess Shelter Deduction is increasing to \$417.

The Standard Utility Allowance (SUA) has not changed. Households that pay for utility expenses must have the full SUA applied (they cannot choose to have actual expenses applied). Households that share living arrangements with another household, or include individuals ineligible for food stamps, or live in public / subsidized housing with a central utility meter and pay only for excess charges may qualify to have the full SUA applied.

The Regulations which allow us to do this are 18 NYCRR 387.10, 387.12 and 387.15.

Reporting Rules:

Most Food Stamp households with income only have to report changes every six months, with one exception. You will either be asked to re-certify at this six-month checkpoint, or will be sent a mail report form for you to report changes. **The one exception for households subject to six-month reporting is if your household's total gross monthly income is over 130% of the poverty level.** Special reporting rules for Non-Six-Month Reporters, and for Able Bodied Adults Without Dependents (ABAWD's) are explained below (please see the list following Chart 2 to see if these rules apply to you).

Look at Chart # 2 below:

The dollar amount shown under your household size shows the 130% income limit for your household, beginning October 1 2006. **If your household's total gross monthly income is greater than this amount, you must report this monthly amount to your social services district by phone, in writing, or in person within 10 days after the end of the calendar month.** Your gross income is the amount of income before taxes and other deductions are taken out, not the amount you receive when you receive your check. Your total gross monthly income includes all income any member of your household receives during the calendar month.

CHART # 2										
HOUSEHOLD SIZE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Report Household Gross Income over 130% Income Limit	\$1062	\$1430	\$1799	\$2167	\$2535	\$2904	\$3272	\$3640	\$4009	\$4378

Reporting Rules for Non-Six-Month Reporters, Households Where all adults are elderly/disabled without earnings, and for Able Bodied Adults Without Dependents (ABAWD's): There are a few households who still have to report changes affecting their eligibility and food stamps benefits as the change occurs. You must report changes within ten days after the change occurs, if your household:

**AVISO DE CAMBIOS EN SUS PRESTACIONES
DE CUPONES PARA ALIMENTOS
OCTUBRE 2006 / NYC**

Nº de caso:
Oficina Local/Unidad/Trabajador(a):

Nº de teléfono general
para hacer preguntas o pedir ayuda:

Estimado(a) beneficiario(a) de Cupones para Alimentos:

Debido a modificaciones recientes en la ley federal, habrá cambios en algunos de los factores que se usan para determinar la cantidad de Cupones para Alimentos que un hogar recibe. El estándar del nivel máximo de beneficios de Cupones para Alimentos (conocido como el Plan Ahorrativo de Alimentos o "TFP") ha incrementado. Como resultado, estos cambios podrán **augmentar** la cantidad de cupones que usted recibe. Los cambios se darán, comenzando con las prestaciones de cupones del mes de octubre de 2006.

Observe el cuadro #1 abajo.

La cantidad en dólares que figura debajo de la casilla que indica el número de miembros del hogar, es la cantidad del incremento que usted podrá recibir en las prestaciones mensuales de cupones, basándose solamente en el cambio de la prestación máxima de Cupones para Alimentos. Por ejemplo, si su hogar es un hogar típicamente compuesto por dos personas y recibe actualmente la cantidad de \$28.00 al mes, en concepto de cupones para alimentos, comenzando en octubre, usted recibiría \$34 mensuales, en concepto de cupones (\$28.00 + \$6.00 = \$34.00).

CUADRO # 1										
INTEGRANTES DEL HOGAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Incremento ordinario de cupones	\$3	\$6	\$9	\$12	\$14	\$16	\$18	\$20	\$23	\$26

Atención: Si actualmente recibe \$10.00 al mes en cupones, es posible que esta cantidad no cambie.

La deducción estándar de \$134.00 no ha cambiado para aquellos hogares con 1 a 3 personas, pero si ha incrementado a \$139 para aquellos hogares con cuatro personas, y a \$162 para hogares con cinco personas, y a \$186 para hogares con seis o más personas. La cantidad de deducción máxima permitida por exceso de gastos de vivienda, para hogares que reciben Cupones para Alimentos, ha incrementado a \$417.

El Subsidio Estándar de Servicios Públicos (SUA) no ha cambiado. Los hogares que pagan por servicios públicos recibirán la asignación total de SUA (ya no pueden escoger que se les asigne la cantidad de los gastos actuales). Los hogares que comparten el alojamiento con otro hogar, o que incluyen personas que no reúnen los requisitos para recibir cupones, o que residen en viviendas públicas o subvencionadas con un contador central de servicios públicos y pagan solamente por gastos en exceso, podrían recibir la asignación total de SUA.

Conforme a Reglamentación 18 NYCRR 387.10, 387.12 y 387.15.

Reglas sobre informe de cambios:

La mayoría de los hogares que reciben cupones e ingresos, solamente tienen que reportar cambios cada seis meses, con una excepción. Ya sea, se le pedirá que someta una revalidación en la revisión semestral, o se le enviará por correo un formulario de informe de cambios. **La excepción aplica sobre los hogares sujetos al reporte semestral, cuando el total de ingresos brutos mensuales del hogar sobrepasa el 130% del nivel nacional de pobreza.** Las reglas especiales de informe pertinentes a hogares no sujetos al informe semestral y Adultos Habilitados para Trabajar sin Dependientes (ABAWD), se explican a continuación. (Consulte la lista que sigue el Cuadro # 2 para saber si estas reglas le son o no pertinentes a usted).

Examine el Cuadro # 2 abajo:

La cantidad en dólares que se muestra debajo de la casilla que representa el número de miembros de su hogar, muestra el límite de ingresos del 130% del hogar, **comenzando el 1º de octubre de 2006.** Si el total de ingresos brutos mensuales de su hogar sobrepasa esta cantidad, debe reportar dicha cantidad mensual a su distrito de servicios sociales, ya sea por teléfono, por escrito o en persona dentro de 10 días de finalizar el mes calendario. El ingreso bruto es la cantidad de ingresos antes de la deducción de impuestos y de otras deducciones, y no la cantidad que usted recibe cuando cobra su cheque. La cantidad total de ingresos brutos mensuales incluye todos los ingresos que los miembros de su hogar reciban durante el mes calendario.

PRESTACIONES DE CUPONES PARA ALIMENTOS

CUADRO # 2										
INTEGRANTES DEL HOGAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reporte ingresos brutos del hogar que sobrepasen el 130% del límite de ingresos	\$1062	\$1430	\$1799	\$2167	\$2535	\$2904	\$3272	\$3640	\$4009	\$4378

Reglas de informe: Hogares no sujetos al informe semestral, hogares donde todos los integrantes son personas de edad avanzada / incapacitadas sin ingresos laborales, y Adultos Habilitados para Trabajar sin Dependientes (ABAWD's): Algunos hogares todavía están sujetos a informar cambios, a medida que éstos se den, cuando dichos cambios afectan la habilitación y las prestaciones de cupones. Debe informar los cambios dentro de diez días de darse dicho cambio si su hogar exhibe alguna de las situaciones a continuación:

Recibe Asistencia Temporal, o

1. No recibe ingresos laborales y todos los adultos tienen 60 años de edad o están incapacitados
2. No tiene ingresos
3. Recibe SSI/SSD y usted vive en una residencia en grupo acreditada de cuidados integrales
4. Tiene viviendo en su hogar a un trabajador agrícola migrante estacional,
5. Ha recibido una certificación por un período menor de 4 meses
6. Está desamparado (sin domicilio-sin un albergue)
7. Usted es un Adulto Habilitado para Trabajar sin Dependientes ("ABAWD"): en cuyo caso, debe informarnos si sus horas laborales se ven reducidas a menos de 80 horas al mes. Debe informarnos de dicho cambio dentro de 10 días a partir del fin del mes calendario en el que se produce dicho cambio.

Is receiving Temporary Assistance, or

1. Has no income earned from employment and all adults are either over age 60 or disabled
2. Is without any income, or
3. Is on SSI/SSD and you live in a certified congregate care group home, or
4. Has a seasonal migrant farm-worker in the household, or
5. Is certified for less than 4 months, or
6. Is homeless (undomiciled - without shelter), or
7. If you are an Able-Bodied Adult Without Dependents ("ABAWD"): you must tell us if your work hours go below 80 hours a month. You must tell us this within 10 days after the end of the month when your work hours fell below 80 hours.

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION. READ BELOW ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.
CONFERENCE AND FAIR HEARING SECTION --DO YOU THINK WE ARE WRONG?**

If you think our decision was wrong, you can ask for a review of our decision. 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.
2. **STATE FAIR HEARING** YOU HAVE **90 DAYS** FROM THE DATE YOUR OCTOBER 2006 FOOD STAMPS BENEFITS BECOME AVAILABLE TO ASK FOR A FAIR HEARING.

THE DATE YOUR OCTOBER FOOD STAMP BENEFITS BECOME AVAILABLE IS THE DATE YOU CAN ACCESS YOUR OCTOBER FOOD STAMP BENEFITS WITH YOUR PLASTIC ID CARD.

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 notice (completed) 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. or

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 New York or 330 West 34th Street, NYC.

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

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, by walk-in 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 the right to look at your case file. If you call, write or fax to 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 to us, we will send you free copies of other 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, or 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 us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN. LEA A CONTINUACIÓN SOBRE EL PROCESO DE APELACIÓN.

SECCIÓN: CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?

Si cree que nuestra determinación es incorrecta, puede solicitar una revisión de nuestra decisión. Puede tomar ambas medidas, 1 y 2.

1. Solicitar una reunión (conferencia) con uno de nuestros supervisores
2. Solicitar al Estado una audiencia imparcial con un funcionario estatal de audiencias.

1. CONFERENCIA - (reunión informal con nosotros) - Si cree que nuestra determinación es incorrecta o si no entiende nuestra decisión, sírvase llamarnos para concertar una reunión. Llame al número para conferencias que aparece en el **anverso** de este aviso o escribanos a la dirección que aparece en esa misma página. En algunos casos, ésta es la forma más rápida de resolver problemas. Le recomendamos hacerlo, aunque haya solicitado una audiencia imparcial.

2. AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL – USTED TIENE **90 DÍAS**, A PARTIR DE LA FECHA EN OCTUBRE DE 2006 CUANDO SUS PRESTACIONES QUEDAN DISPONIBLES, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

EN EL MES DE OCTUBRE, CUANDO LAS PRESTACIONES PARA ESE MISMO MES QUEDAN DISPONIBLES, PUEDE RETIRARLAS USANDO LA TARJETA PLÁSTICA DE IDENTIFICACIÓN.

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Puede solicitar una audiencia imparcial **por correo, por teléfono, por fax, en persona o por vía electrónica.**

Por correo: Envíe una copia de este aviso relleno 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 de la agencia. (Puede explicar a continuación por qué no está de acuerdo, aunque no tiene que incluir una explicación por separado).

Por teléfono: **800-342-3334** (FAVOR DE TENER A MANO ESTE AVISO CUANDO LLAME).

Por facsímil: Envíe por facsímil una copia del anverso 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 al 14 Boerum Place, Brooklyn, New York o al 330 West 34th Street, NYC.

Por Internet: Rellene una petición electrónica en el siguiente sitio: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Si no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por facsímil o por vía electrónica, favor de solicitar por escrito una audiencia imparcial antes del vencimiento del plazo.

LO QUE SUCEDE EN UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: El Estado le enviará un aviso informándole cuándo y dónde se realizará 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(a) amigo(a), o a alguien más que pueda ayudarle a exponer su caso. Si no puede presentarse, puede enviar a otra persona en su representación. Si en su representación manda a una persona que no es abogado, dicha persona debe presentar una carta dirigida al funcionario a cargo de la audiencia en la que usted declara que desea que dicha persona lo represente en la audiencia.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante, tendrán oportunidad de explicar el porqué de nuestra equivocación, como también la oportunidad de presentar, ante el funcionario de audiencias, documentos que demuestren nuestra equivocación.

Con el fin de ayudarle a exponer el motivo de nuestra equivocación, le sugerimos presentar testigos que puedan avalar su caso. También, le sugerimos presentar documentos tales como: talones de cheque de pago, contratos de arrendamiento, recibos, facturas y estados de cuenta por gastos médicos.

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

ASISTENCIA LEGAL: Si cree que necesita representación legal en la resolución del presente problema, puede obtener los servicios de un abogado, sin costo alguno, comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) u otra asociación de defensa legal de su localidad. Puede encontrar los nombres de otros abogados en la páginas amarillas, bajo "Abogados" ("Lawyers").

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: En preparación para la audiencia, tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama, nos manda una carta o un fax, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos contenidos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si usted nos llama, nos manda una carta o un fax, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación a la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llame al **(718) 722-5012** ó al número de fax **(718) 722-5018** ó mande una carta a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.**

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente lo solicita.

INFORMACIÓN: Si desea información adicional sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos al número de teléfono señalado en el **anverso** de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.