

(Upstate)

Agency name and address)

NOTICE OF INTENT TO CEASE
ASSISTANCE BENEFITS

CASE NUMBER:

LOC. OFF/UNIT WORKER:

GENERAL TELEPHONE NO.
QUESTIONS OR HELP.

NOTICE DATE:

PUBLIC ASSISTANCE

BEGINNING _____, YOUR PUBLIC ASSISTANCE WILL BE REDUCED FROM: _____

TO: _____

This reduction is happening because there has been a change to 18 NYCRR 385.3(a) that allows \$2.00 per day to individuals participating in JOBS activities. These activities include:

- an initial assessment, and
- the development of an employability plan, and
- participation in education, training and employment activities

The State Regulation no longer allows payment of a lunch allowance even if the individual related to JOBS employment and training.

Your lunch allowance has been removed from your benefits.

FAIR HEARINGS: See the **CONFERENCE AND FAIR HEARING RIGHTS** information for a complete discussion of your fair hearing rights. NOTE: You do not have a right to a fair hearing if the only thing you are disputing is a State Law or Regulation. You have a right to a fair hearing to review other things, such as if you believe our new calculation contains an error.

FOOD STAMPS

Your Food Stamps will continue unchanged unless you get a separate notice telling you that your benefits are being changed.

This decision is based on Department Regulations 387.10 and 387.15.

MEDICAID

Your medicaid will continue unchanged unless you get a separate notice telling you that your benefits are being changed.

This decision is based on Department Regulation 360-3.3.

CONFERENCE AND HEARING RIGHTS

If you live in: CATTARAUGUS, CHAUTAUQUA, ERIE, GENESEE, NIAGARA, ORLEANS or WYOMING COUNTY

If you live in: ALLEGANY, CHEMUNG, LIVINGSTON, MONROE, ONTARIO, SCHUYLER, SENECA, STEUBEN, 266-4868

If you live in: BROOME, CAYUGA, CHENANGO, CORTLAND, HERKIMER, JEFFERSON, LEWIS, MADISON, LAWRENCE, TOMPKINS or TIOGA COUNTY: CALL (315) 422-4868

If you live in: ALBANY, CLINTON, COLUMBIA, DELAWARE, DUTCHESS, ESSEX, FRANKLIN, FULTON, GEORGETOWN, OTSEGO, PUTNAM, RENSSELAER, ROCKLAND, SARATOGA, SCHENECTADY, SCHOHARIE, SULLY or WESTCHESTER COUNTY: CALL (518) 474-8781

If you live in: NASSAU or SUFFOLK COUNTY: CALL (516) 739-4868

OR

Writing: By sending a copy of both pages of this notice, completed, to the Office of State Department of Social Services, PO Box 1930, Albany, NY 12201. Please keep a copy

+++

+++ I want a fair hearing. The Agency's action is wrong because

Signature of Client: _____ . Date: _____

Name (PRINT): _____ . Case Number: _____

Your Address: _____ . Telephone Number: _____

You have 60 days from the date of this notice to request a fair hearing.

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents, receipts, medical bills, heating bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful.

You do not have a right to a fair hearing if the only thing you are complaining about is the amount of your benefit. You have a right to a fair hearing to review other things such as the change in your budget or if the budget contains an error.

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

ACCESS TO RECORDS/INFORMATION: You have the right to review your case record. Upon your request, we will provide copies of documents which we will present into evidence at the fair hearing. Also, upon request, we will provide copies of other documents from your case record which you need for your fair hearing. To learn how you may review your case record, call the worker who handles your case. If you want additional information on how to request a fair hearing, how to gain access to your case file and/or additional copies of documents, call the worker who handles your case.

Remove Lunch Allowance

(Upstate)

Agency name and address)

NOTIFICACION SOBRE LA
DE LA ASISTENCIA PUBLICA

NUMERO DE CASO:
OF. LOCAL/UNIDAD/TRABAJO

NO. DEL TELEFONO GENERAL
AYUDA:

FECHA DE LA NOTIFICACION

ASISTENCIA PUBLICA

A PARTIR DEL _____, SU ASISTENCIA PUBLICA SE REDUCIRA DE: _____

A: _____

Esta reducción se está efectuando debido a que ha habido un cambio en la 18 NYCRR 385.3(a) c de \$2.00 diarios para el almuerzo a participantes en actividades relacionadas a JOBS, Estas

- una evaluación inicial, y
- el desarrollo de un plan de empleabilidad, y
- participación en actividades educativas, de entrenamiento

La Regulación del Estado ya no permite el pago del subsidio para el almuerzo aunque el ir actividades relacionadas a empleo y entrenamiento bajo JOBS.

Su subsidio para el almuerzo ha sido eliminado de sus beneficios.

AUDIENCIAS IMPARCIALES: Vea la información sobre DERECHOS RELATIVOS A UNA CONFERENCIA Y A UNA discusión sobre sus derechos a una conferencia y a una audiencia imparcial. NOTA: Us imparcial si se está quejando únicamente sobre el cambio en la Ley o Regulación del Estado. imparcial para revisar otros asuntos, tales como el cambio en su presupuesto si usted cree c error.

CUPONES DE ALIMENTOS

Sus Cupones de Alimentos continuarán sin cambio alguno a menos que usted reciba una notifica sus beneficios de Cupones de Alimentos cambiarán.

Esta decisión está basada en las Regulaciones Departamentales 387.10 y 387.15.

MEDICAID

Sus beneficios del Medicaid continuarán sin cambio alguno a menos que usted reciba una n que la cobertura del Medicaid cambiará.

Esta decisión está basada en la Regulación Departamental 360-3.3.

DERECHOS RELATIVOS A UNA CONFERENCIA Y A UNA AUDIENCIA IMPARC

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede pedir una conferencia para revisar estas acciones. debería pedirla lo más pronto posible. Si durante la conferencia nosotros descubrimos q debido a la información que usted provea, nosotros determinamos cambiar nuestra decisión, proporcionaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamar

Si usted vive en: el Condado de CATTARAUGUS, CHAUTAUQUA, ERIE, GENESEE, NIAGARA, ORLEANS o
Si usted vive en: el Condado de ALLEGANY, CHEMUNG, LIVINGSTON, MONROE, ONTARIO, SCHUYLER,
LLAME AL (716) 266-4868.
Si usted vive en: el Condado de BROOME, CAYUGA, CHENANGO, CORTLAND, HERKIMER, JEFFERSON, I
OSWEGO, ST. LAWRENCE, TOMPKINS o TIOGA, LLAME AL (315) 422-4868.
Si usted vive en: el Condado de ALBANY, CLINTON, COLUMBIA, DELAWARE, DUTCHESS, ESSEX, FRAN
MONTGOMERY, ORANGE, OTSEGO, PUTNAM, RENSSELAER, ROCKLAND, SARATOGA, SCHI
ULSTER, WARREN, WASHINGTON o WESTCHESTER, LLAME AL (518) 474-8781.
Si usted vive en: el Condado de NASSAU o SUFFOLK, LLAME AL (516) 739-4868.

O

Escribiendo: Enviando una copia de las dos páginas de esta notificación debidamente complet
Hearings, New York State Department of Social Services, P.O. Box 1930, Albany, New York 1220
usted.

+++

+++ Deseo una audiencia imparcial. La acción de la Agencia es errónea porque:

Firma del Cliente: _____ Fecha: _

Nombre (en letra de molde): _____

Dirección : _____

Usted tiene 60 días a partir de la fecha de esta notificación para solicitar una audiencia imparcial.

Si solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará una notificación informándole acerca de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado, un familiar, un amigo o representarse a sí mismo(a). Durante la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral para demostrar la razón por la cual la acción no debe ser llevada a cabo. También tiene la oportunidad de interrogar a cualquier persona que aparezca en la audiencia. También tiene el derecho de presentar evidencia en su favor. Usted debe traer a la audiencia cualquier documento, tal como estados financieros, salariales, recibos, cuentas de utilidades, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudar a su caso.

Usted no tiene derecho a una audiencia imparcial si de lo único que se está quejando es el costo de la acción del Estado. Usted tiene derecho a una audiencia imparcial para revisar otros asuntos tales como el pago de impuestos si usted cree que nuestros nuevos cálculos contienen un error.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratis, puede que obtenga tal ayuda a través de la Oficina de Ayuda Legal de su localidad (Legal Aid Society) u otro grupo legal de abogacía. Puede llamar al 1-800-455-3810 o a un grupo de abogacía más cercano, buscando en la Páginas Amarillas bajo "Abogados" ("Law Firms").

ACCESO A RECORDS/INFORMACION: Usted tiene el derecho de revisar el récord de su caso. Al presentar evidencia, usted puede recibir copias gratis de los documentos que nosotros presentaremos como evidencia en la audiencia imparcial. Usted también tiene derecho a recibir copias gratis de otros documentos del récord de su caso, los que necesitan ser presentados en la audiencia imparcial. Para solicitar esos documentos o para averiguar cómo revisar el récord de su caso, llame al 1-800-455-3810. Para administrar su caso. Para más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial o para solicitar un archivo y/o copias adicionales de documentos, usted puede llamar al trabajador(a) que administra su caso.

Remove Lunch Allowance