

**GENERAL INFORMATION SYSTEM**  
**Center for Employment & Economic Supports**

December 27, 2013

Page: 1

**TO:** NYC HRA Commissioner, Program and Operation Directors, Center Managers, WMS Coordinators, Staff Development Coordinators

**FROM:** Phyllis Morris, Deputy Commissioner  
Center for Employment and Economic Supports

**SUBJECT:** SSI COLA and NYSNIP Standard Benefit Amount Adjustments

**EFFECTIVE DATE:** January 1, 2014

**CONTACT PERSON:** SNAP Bureau at 1-800-343-8859, ext. 3-1469  
Upstate WMS at 1-800-343-8859, ext. 3-7991  
NYC WMS at 212-961-8185

### **Background**

Every year, the Social Security Administration (SSA) evaluates the Consumer Price Index for Urban Wage Earners and Clerical Workers (CPI-W) data to determine if a cost of living adjustment (COLA) should be made to RSDI (regular Social Security and Social Security Disability benefits) and federal Supplemental Security Income (SSI) benefits to reflect an increase or decrease in the cost of living. The CPI-W increased by 1.5%. Therefore, effective January 1, 2014, RSDI and SSI recipients will receive a 1.5% COLA increase. SSA and SSI benefits will be increased accordingly.

13-INF-7 announced the COLA increase to SSI benefits.

### **Purpose**

The purpose of this GIS is to inform the local social services districts about the effect of the annual COLA on Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits, particularly on NYSNIP benefits; and to inform the local districts about the notices that were sent to affected households notifying them about the change in SNAP benefits.

### **Program Implications**

As part of the 2014 January mass re-budgeting/authorization (MRB/A), New York State Nutrition Improvement Project (NYSNIP) benefit levels will be adjusted effective January 1, 2014. This adjustment to SNAP benefit amounts is required because of the SSI COLA.

Information regarding the WMS MRB/A of Temporary Assistance and SNAP benefit levels for New York City WMS was provided in WLM 2013-00676. **Information regarding the SSI COLA and its effect on SNAP are also provided to New York City Human Resources Administration (HRA) workers in HRA Policy Directive #13-32-ELI.**

The new NYSNIP FS benefit amounts (see attached table of NYSNIP Benefit Levels effective 01/01/13) are effective for any **NYSNIP FS Shelter Type** budgets with a **FROM Date** of January 1, 2014 or later.

### **\$242 New NYSNIP "High" Shelter Cost Threshold**

**New** NYSNIP households having cases opened, and existing NYSNIP households recertified, effective January 1, 2014 or later and having shelter costs **greater than \$242** will be considered to be "High Shelter" (Shelter Type 94 or 96) cases by the standard of the project. Conversely, effective January 1,

**GENERAL INFORMATION SYSTEM**  
**Center for Employment & Economic Supports**

December 27, 2013

Page: 2

2014, **new** and recertifying NYSNIP households having shelter costs of **\$242 or less** will be considered to be "Low Shelter" (Shelter Type 95 or 97) cases by the standard of the project. This change to the shelter threshold was migrated on December 2013 for budgets having a **FROM Date** of January 1, 2014 or later.

Only benefits in Shelter Types 95, 97 and 98 are affected by the SSI COLA increase.

**NYSNIP BENEFITS MATRIX BY SHELTER TYPES**

*01/01/14 - 09/30/14*

HOUSEHOLD		MONTHLY SNAP BENEFIT AMOUNT		
		New York City	Nassau/Suffolk	Upstate
Shelter Type 94 (High Shelter/SUA)	SSI Only	\$189	\$189	\$189
	Other Income	\$189	\$189	\$189
Shelter Type 95 (Low Shelter/SUA)	SSI Only	\$189	\$177	\$153
	Other Income	\$183	\$168	\$144
Shelter Type 96 (High Shelter/ SUA/\$1 HEAP)	SSI Only	\$189	\$189	\$189
	Other Income	\$189	\$189	\$189
Shelter Type 97 (Low Shelter/ SUA/\$1 HEAP)	SSI Only	\$189	\$177	\$153
	Other Income	\$183	\$168	\$144
Shelter Type 98 (No Shelter or SUA Data)	SSI Only	\$69	\$69	\$69
	Other Income	\$65	\$65	\$65

A sample of the letter sent to affected New York City households is attached to this GIS.

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

**The City Of New York**  
HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION  
FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

CONFERENCE PHONE  
NÚMERO PARA CONFERENCIA

Center :  
CASE No :  
CLI :

FAM SIZE:  
DATE: December 2, 2013  
FECHA: 2 de diciembre de 2013

**NOTICE OF MASS CHANGE  
PREAVISO DE REDUCCIÓN EN SU SUBSIDIO SNAP**

DEAR SIR/MADAM:  
ESTIMADO(A) SR./SRA./SRITA:

THIS IS TO INFORM YOU THAT YOUR SNAP BENEFITS MAY BE REDUCED EFFECTIVE **JANUARY 1, 2014** FOR THE FOLLOWING REASON:

BEGINNING JANUARY **2014**, SOCIAL SECURITY, SSI AND/OR VETERAN'S BENEFITS WILL INCREASE **BY 1.5%**. IF YOU ARE IN RECEIPT OF ANY OF THESE FEDERAL BENEFITS, THIS INCREASE IN INCOME TO YOUR HOUSEHOLD MUST BE CONSIDERED IN DETERMINING YOUR **SNAP** BENEFIT LEVEL. **IF YOU ARE IN RECEIPT OF BOTH SOCIAL SECURITY BENEFITS AND SSI, YOUR JANUARY SSI BENEFITS WILL BE REDUCED BY THE AMOUNT OF YOUR SOCIAL SECURITY BENEFIT INCREASE. THESE INCOME CHANGES MUST ALSO BE CONSIDERED IN DETERMINING YOUR SNAP BENEFITS.**

BEGINNING IN **JANUARY 2014**, IF YOU ARE AN SSI RECIPIENT LIVING ALONE IN THE COMMUNITY WHO IS PARTICIPATING IN THE NEW YORK STATE NUTRITION IMPROVEMENT PROJECT (NYSNIP), AND YOUR RENT IS ABOVE **\$242.00**, YOUR MONTHLY SNAP BENEFIT OF \$189.00 WILL NOT CHANGE. HOWEVER, IF YOUR RENT IS **\$242.00 OR LESS**, BEGINNING IN **JANUARY 2014**, YOU WILL RECEIVE **\$183.00** IN SNAP BENEFITS IF YOU RECEIVE INCOME IN ADDITION TO SSI.

**IF YOU ARE A NYSNIP PARTICIPANT WHO WAS RECEIVING \$73 PER MONTH IN SNAP BENEFITS**, BEGINNING IN JANUARY **2014** YOU WILL RECEIVE **\$69** PER MONTH, IF YOU WERE RECEIVING **\$69** PER MONTH IN **SNAP** BENEFITS, BEGINNING IN JANUARY **2014** YOU WILL RECEIVE **\$65** PER MONTH, AS STATED ABOVE. THIS REDUCTION IN YOUR **SNAP** GRANT IS DUE TO THE INCREASE IN YOUR FEDERAL BENEFITS.

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

POR MEDIO DE LA PRESENTE LE INFORMAMOS QUE REDUCIREMOS SU SUBSIDIO SNAP A PARTIR DEL **1º DE ENERO DE 2014** POR LA SIGUIENTE RAZÓN:

COMENZANDO EN ENERO DE **2014**, LOS BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL, SSI Y/O BENEFICIOS A VETERANOS, AUMENTARÁN POR UN **1.5%**. SI USTED RECIBE ALGUNO DE LOS BENEFICIOS FEDERALES ANTES MENCIONADOS, ESTE AUMENTO EN EL INGRESO DE SU GRUPO FAMILIAR SE TOMARÁ EN CUENTA AL CALCULAR EL MONTO DEL SUBSIDIO **SNAP** QUE USTED RECIBE. **SI USTED ACTUALMENTE RECIBE AMBOS BENEFICIOS, SEGURO SOCIAL Y SSI, EL MONTO DEL BENEFICIO DE SSI PARA EL MES DE ENERO SERÁ REDUCIDO POR EL MONTO DEL AUMENTO EN SU BENEFICIO DE SEGURO SOCIAL. ESTOS CAMBIOS EN INGRESO TAMBIÉN DEBEN TOMARSE EN CUENTA EN EL CÁLCULO DE SU SUBSIDIO SNAP.**

COMENZANDO EN **ENERO DE 2014**, SI USTED ES UN BENEFICIARIO DE SSI QUE VIVE SOLO(A) EN LA COMUNIDAD Y PARTICIPA EN EL PROYECTO DE MEJORA NUTRICIONAL DEL ESTADO DE NUEVA YORK (NYSNIP) Y SU ALQUILER ES SUPERIOR A LOS **\$242.00**, EL MONTO MENSUAL DE \$189.00 DE SU SUBSIDIO SNAP NO CAMBIARÁ. SIN EMBARGO, SI SU ALQUILER ES DE **\$242.00 O MENOS**, COMENZANDO EN **ENERO DE 2014** USTED RECIBIRÁ \$183.00 EN SUBSIDIO SNAP SI SU ÚNICA FUENTE DE INGRESOS ES SSI, O RECIBIRÁ **\$183.00** EN SUBSIDIO SNAP SI RECIBE OTROS INGRESOS ADEMÁS DEL SSI.

**SI USTED ES UN PARTICIPANTE DEL PROYECTO DE MEJORA NUTRICIONAL DEL ESTADO DE NUEVA YORK (NYSNIP)** QUE RECIBÍA **\$73.00** AL MES EN SUBSIDIO **SNAP**, COMENZANDO EN ENERO DE **2014**, USTED RECIBIRÁ **\$69.00** AL MES; SI USTED RECIBÍA **\$69.00** AL MES EN SUBSIDIO **SNAP**, COMENZANDO EN ENERO DE **2014**, USTED RECIBIRÁ **\$65.00** AL MES, TAL COMO SE ESTIPULA ARRIBA. ESTA REDUCCIÓN EN SU SUBVENCIÓN **SNAP** SE DEBE AL INCREMENTO EN SUS BENEFICIOS DEL GOBIERNO FEDERAL.

LA PÁGINA 2 DE ESTE AVISO ES UNA HOJA DE DATOS FINANCIEROS LA CUAL MUESTRA SU NUEVO MONTO DE SUBSIDIO **SNAP** COMO TAMBIÉN TODOS LOS DATOS SOBRE INGRESOS CONTENIDOS EN NUESTRO ARCHIVO COMPUTARIZADO Y EL CUAL FUE UTILIZADO EN EL CÁLCULO DE SU NUEVO MONTO DE SUBSIDIO **SNAP**. HEMOS ADJUNTADO HOJAS DE CÁLCULO DE PRESUPUESTO LAS CUALES USTED PUEDE UTILIZAR PARA DETERMINAR SI HEMOS CALCULADO CORRECTAMENTE SU INGRESO NETO EN RELACIÓN CON LA SUBVENCIÓN **SNAP**. CONSULTE 18 NYCRR 387.10, 387.12 Y 387.15.

SINCERELY,  
ATENTAMENTE,  
MATTHEW BRUNE, EXECUTIVE DEPUTY COMMISSIONER / SUBCOMISIONADO  
EJECUTIVO FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

XL0263 (11/13)

**YOUR FINANCIAL FACTS CURRENTLY ON FILE  
SUS DATOS FINANCIEROS ACTUALMENTE EN ARCHIVO**

**Previous Net Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)**  
*Ingreso anterior del subsidio de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)*

**New Net SNAP Income**  
*Nuevo Ingreso neto del subsidio SNAP*

**Previous Monthly Benefit Amount**  
*Monto anterior mensual del subsidio*

**New Monthly Benefit Amount**  
*Nuevo monto mensual del subsidio*

**A. MONTHLY INCOME**  
*Ingreso Mensual*

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

**B. DEDUCTIONS**  
*Deducciones*

<b>7.</b> % of Line 3. % de línea 3	
<b>8. Standard Deduction</b> <b>Monthly</b> <i>Deducción mensual estándar</i>	
<b>9. Monthly Child Care/Dependent Care Costs.</b> <i>Gastos mensuales por cuidado de niños / de dependientes</i> (Maximum ) (Máximo )	
<b>10. Monthly Automatic Recoupment (from Public Assistance Grant)</b> <i>Recuperación mensual automática (de subsidio de Asistencia Pública)</i>	
<b>11. Monthly Tuition and Mandatory Fees</b> <i>Gastos mensuales de colegiatura y cuotas obligatorias</i>	
<b>12a. Monthly Medical Expense (less \$35 Deductible)</b> <i>Gasto médicos mensuales (menos \$35 de deducible)</i>	
<b>b.</b>	
<b>13. Total Lines 7, 8, 9, 10, 11, and 12</b> <i>Total de líneas 7, 8, 9, 10, 11, y 12</i> <b>B.</b>	\$

**C. ADJUSTED INCOME**  
*Ingreso ajustado*

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

**D. SHELTER COSTS**  
*Gastos de Vivienda*

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

**E. SNAP NET INCOME**  
*Ingreso neto por subsidio SNAP*

<b>21. Excess Shelter Deduction (Line 20 minus ½ of Line 14. The total cannot be more than</b>  <i>Deducción de gastos de vivienda en exceso (línea 20 menos ½ de línea 14. El total no puede ser más de)</i>	
<b>22. MONTHLY NET SNAP INCOME (Subtract Line 21 from Line 14.)</b> <i>Ingreso neto mensual por subsidio SNAP (reste línea 21 de línea 14)</i>	
<b>23. MONTHLY COUPONS AMOUNT</b> <i>Cantidad mensual del subsidio SNAP</i> <b>E.</b>	\$

**MINUS RECOUPMENT OF  
MENOS EL REEMBOLSO DE**

**ADJUSTED SNAP AMOUNT  
MONTO AJUSTADO DEL  
SUBSIDIO SNAP**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I do not want to keep my SNAP Benefits the same until the Fair Hearing decision is issued.

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

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

**Mail:** Send a copy of the 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.

**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.

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

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

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

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

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

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

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

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

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case file. If you call, 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.

**Notice Date: December 2, 2013**

**Effective Date: January 1, 2014**

**NYC SNAP COLA '14**

XL263C (11/13)

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

Si cree que nuestra decisión es incorrecta, puede solicitar una revisión de nuestra decisión. Corrigiremos nuestro error. Usted puede tomar ambas acciones, 1 y 2:

1. Solicitar una reunión (conferencia) con un supervisor; 2. Solicitarle al Estado una audiencia imparcial con un funcionario estatal de audiencias.
1. **CONFERENCIA** (reunión informal con nosotros): si usted cree que nuestra decisión es incorrecta o si no comprende nuestra decisión, sírvase llamarnos para solicitar una reunión. Llame al número de teléfono para conferencias que aparece en el **anverso** de esta notificación o escríbanos a la dirección que aparece en el **anverso** de esta notificación. En algunos casos, ésta es la forma más rápida de resolver problemas. Le recomendamos hacerlo, aunque haya solicitado una audiencia imparcial. Si solamente solicita una reunión con nosotros, no mantendremos sus beneficios al mismo nivel mientras dure el proceso de apelación. Sus beneficios se mantendrán sin cambios solamente si usted solicita una audiencia imparcial estatal. (Vea la sección abajo titulada «Mantener sus Beneficios sin Cambios»).

2. **AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL**: usted tiene **90 días**, contados a partir de la fecha de esta notificación, para solicitar una audiencia imparcial:

**MANTENER SUS BENEFICIOS SIN CAMBIOS**: reanudaremos sus beneficios de SNAP al mismo nivel en que estaban antes de esta notificación si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de vigencia señalada en esta notificación. Sin embargo, si la audiencia imparcial no se decide a su favor, tendrá que devolver todos los beneficios de SNAP que recibió, pero que no debería haber recibido mientras esperaba por la decisión de la audiencia.

Si usted no quiere que sus beneficios continúen al mismo nivel hasta que se remita la decisión, deberá informárselo al Estado cuando llame para solicitar una audiencia imparcial o si usted devuelve esta notificación, marque la casilla a continuación:

No deseo que mis beneficios de SNAP continúen al mismo nivel hasta que se remita la decisión de la audiencia imparcial.

Si durante la audiencia, el oficial a cargo, determina que su queja no tiene que ver con un cálculo incorrecto de sus beneficios o si determina que la ley federal o reglamento se interpretó o se aplicó de la manera indebida, el oficial puede dictaminar que usted no tenía derecho a que continuarán sus beneficios de SNAP sin cambios en espera de la decisión de la audiencia imparcial, y como resultado ordenar que la reducción entre en vigor inmediatamente.

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

**Por correo**: envíe una copia de esta notificación rellena 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 fax**: envíe por fax una copia del anverso y reverso de esta notificación al: **(518) 473-6735**.

**En persona**: traiga una copia de todas las partes de esta notificación al New York State Office of Temporary and Disability Assistance ubicado en el 14 Boerum Place, Brooklyn.

**Por internet**: Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/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 fax, en persona o por Internet, 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 usted no puede presentarse, puede enviar a otra persona en su representación. Si la persona que lo representará no es un abogado, debe entregarle a esta persona una carta, dirigida al funcionario de audiencias, en la cual usted declara que desea que dicha persona lo represente en la audiencia.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante, tendrán la oportunidad de explicar por qué creen que nuestra decisión es incorrecta, 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: comprobantes de pagos salariales, contrato de alquiler, recibos, cuentas médicas, etc.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante, podrán interrogar a los testigos que nosotros presentemos o los que usted presente con motivo de avalar su caso.

**ASISTENCIA LEGAL**: si cree que necesita representación legal en la resolución de este 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 las páginas amarillas, bajo «Abogados» (“Lawyers”).

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS**: en preparación para la audiencia imparcial, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama, nos escribe o nos envía un fax, le enviaremos copias gratis de documentos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario de audiencias en la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe o nos manda un fax, le enviaremos copias gratis de documentos específicos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** o 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 los 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 el **anverso** de esta notificación.