

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DE PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL  
Y CONFIRMACIÓN DE CONTINUACIÓN DE SUBSIDIO

STATE OF NEW YORK

OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

ESTA NO ES UNA NOTIFICACIÓN DE CITA

COPIA ENVIADA A:

XXXXX XXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXX XX XXXXX

FAIR HEARING #	: XXXXXXXX
Case #	: XXXXXXXXXXXXX
Category	: XXX
Agency/Center	: XXXX/XXXX/XXXX/XXXX
Date of Request	: XX/XX/XX
Notice Number	: XXXXXXXXXXX
Notice Date	: XX/XX/XX
Effective Date	: XX/XX/XX

Por la presente le informamos que hemos recibido una petición de audiencia para:

XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX

SI ENVÍA UN REPRESENTANTE A LA AUDIENCIA IMPARCIAL Y ESA PERSONA NO ES UN ABOGADO, ESA PERSONA DEBE TENER SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO QUE ÉL O ELLA PUEDE REPRESENTARLO(A) Y EXAMINAR SU EXPEDIENTE.

Si necesita comunicarse con esta oficina acerca de esta petición o sobre el estado de su caso, o desea informarnos sobre un cambio de domicilio o número de teléfono, puede llamarnos al (800) 342-3334 o mandarnos una carta a:

Office of Administrative Hearings P.O. Box 1930 Albany, NY 12201

La presente sirve para informarle sobre los temas que se tratarán en la audiencia imparcial y sobre la continuación o suspensión de cada tipo de asistencia.

TEMAS A TRATARSE EN LA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si solicitó una audiencia imparcial porque la agencia local hizo cambios en la asistencia que recibe, subsidio o servicios, tiene derecho a recibir la asistencia, subsidio o servicio sin cambios hasta que el Comisionado expida la decisión.

EL COMISIONADO DEL ESTADO HA (NO HA) ORDENADO AL DISTRITO LCOAL A CONTINUAR SU ASISTENCIA SIN CAMBIOS HASTA QUE SE TOMA UNA DECISIÓN EN LA AUDIENCIA IMPARCIAL SOBRE EL / LOS SIGUIENTE(S) TEMA(S):

- 01. XXX – XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Recibirá una notificación por separado donde le informaremos la fecha, hora y lugar de la audiencia imparcial.

LEA EL REVERSO DE ESTA HOJA

Si al distrito local se le ha ordenado continuar su asistencia sin cambios, pero su caso se ha cerrado o su subsidio ha sido reducido o restringido a pesar de dicha orden, los apelantes de la Ciudad de Nueva York deben comunicarse con la Unidad FH&C (Audiencias Imparciales y Conciliación) del centro local o la unidad de audiencias imparciales del centro SNAP o Medicaid y registrar una 'queja sobre continuación de asistencia'. LOS APELANTES QUE VIVEN FUERA DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK DEBEN COMUNICARSE CON LAS PERSONA A CARGO DEL CASO. También puede comunicarse con la agencia estatal al número de teléfono y dirección señalados en el anverso de esta notificación y pedirles que soliciten al distrito local que restauren la asistencia. Si vive en la Ciudad de Nueva York, puede marcar el (800) 342-3334 o visitar la oficina estatal: New York State Office of Temporary and Disability Assistance, Office of Administration Hearings 1<sup>er</sup> piso, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY.

En relación con cuestiones al subsidio SNAP, cuando se ha ordenado que no se suspenda el subsidio, el monto del subsidio SNAP continuará el mismo hasta que su periodo de certificación finalice. Después de ese periodo, tendrá que someter una revalidación y se hará una evaluación para determinar si usted reúne o no los requisitos para recibir el subsidio SNAP. El monto del subsidio SNAP que recibirá se determinará en el proceso de revalidación.