

DATE: January 5, 2017

TO: Subscribers

SUGGESTED DISTRIBUTION: Commissioners, TA, SNAP and HEAP Directors,
WMS Coordinators

FROM: Jeffrey Gaskell, Assistant Deputy Commissioner
Employment and Income Support Programs

SUBJECT: SSI COLA NYSNIP Standard Benefit Amount Adjustments

EFFECTIVE DATE: Immediately

CONTACT PERSON: SNAP Bureau at: (518) 473-1469

Background

The Social Security Administration (SSA) annually 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. Historically, when COLA adjustments have been required, the adjustments take place effective January 1st of each year.

Effective January 1, 2017, RSDI and SSI recipients will receive a 0.3% COLA increase. SSA and SSI benefits will be increased accordingly.

16 INF-18, dated 12/30/16, 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 Social Security COLA on Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits, and, in particular, on the benefits of SNAP recipients participating in the New York State Nutrition Improvement Project (NYSNIP) benefits.

Program Implications

As part of the 2017 January COLA mass re-budgeting/authorization (MRB/A), in response to the 0.3% increase in RSDI and SSI benefits, SNAP benefit levels for affected SNAP households will be adjusted effective January 1, 2017. Information regarding the WMS MRB/A of Temporary Assistance and SNAP benefit levels for New York City WMS was provided in WLM 2016-00266. Information **regarding the SSI COLA and details on its effect on SNAP and SNAP case processing is also provided to New York City Human Resources Administration (HRA) workers in HRA Policy Directive PD # 16-25-ELI.** The new NYSNIP SNAP benefit amounts (see attached table of NYSNIP Benefit Levels effective 01/01/17) are effective for any **NYSNIP SNAP Shelter Type** budgets with a **FROM Date** of January 1, 2017 or later.



\$247 New NYSNIP “High” Shelter Cost Threshold

New NYSNIP households having cases opened, and existing NYSNIP households recertified, effective January 1, 2017, or later and having shelter costs **greater than \$247** will be considered to be “High Shelter” (Shelter Type 94 or 96) cases by the standard of the project. Conversely, effective January 1, 2017, **new** and recertifying NYSNIP households having shelter costs of **\$247 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 2016 for budgets having a **FROM Date** of January 1, 2017 or later. Only benefits in Shelter Types 95, 96 and 97 are affected by the SSI COLA increase.

NYSNIP BENEFITS MATRIX BY SHELTER TYPES
01/01/17 - 09/30/17

HOUSEHOLD		MONTHLY FOOD STAMP BENEFIT AMOUNT		
		New York City	Nassau/Suffolk	Upstate
Shelter Type 94 (High Shelter/SUA)	SSI Only	\$194	\$194	\$194
	Other Income	\$194	\$194	\$194
Shelter Type 95 (Low Shelter/SUA)	SSI Only	\$194	\$180	\$156
	Other Income	\$187	\$171	\$147
Shelter Type 96 (High Shelter/ SUA/\$21 HEAP)	SSI Only	\$194	\$194	\$194
	Other Income	\$194	\$194	\$194
Shelter Type 96 (No SUA)	SSI Only	\$26	\$26	\$26
	Other Income	\$17	\$17	\$17
Shelter Type 97 (Low Shelter/ SUA/\$21 HEAP)	SSI Only	\$194	\$180	\$156
	Other Income	\$187	\$171	\$147
Shelter Type 97 (No SUA)	SSI Only	\$16	\$16	\$16
	Other Income	\$16	\$16	\$16
Shelter Type 98 (No Shelter or SUA Data)	SSI Only	\$16	\$16	\$16
	Other Income	\$16	\$16	\$16

**NOTICE OF INTENT TO CHANGE BENEFITS:
NYC PA COLA**

Notice Date: **December 6, 2016**

Case Number:

Loc. Off./Unit/Worker: //

General Telephone No. for

Questions or Help: - -

This Notice is to tell you that this agency intends to change your benefits as follows:

PUBLIC ASSISTANCE GRANT YOUR PUBLIC ASSISTANCE GRANT WILL BE **REDUCED FROM \$0.00 TO \$0.00**
EFFECTIVE JANUARY 1, 2017.

The reason for this action is that according to our records you and/or your dependent(s) are receiving Social Security and/or SSI payments and/or Veteran's Benefits from the Federal Government and a Family Assistance (FA) or Safety Net Assistance (SNA) grant from this Department. As you probably know, Congress has passed a Law (Public, 93-233) providing for an automatic cost of living adjustment in Social Security and/or SSI benefits and/or Veteran's Benefits. This has resulted in an **increase of 0.3** percent which will take effect in December **2016** and be contained in payments received in **January 2017**. Under Law these increases must be counted in determining the amount of the grant you receive from this Department. However, SSI grants are never used to calculate FA payments. SSI can only be counted in SNA cases when the SSI recipient is also receiving SNA.

INCREASE TO SOCIAL SECURITY/SSI/VETERAN'S BENEFITS

WE CALCULATE THAT STARTING **JANUARY 2017** THE MONTHLY FEDERAL BENEFIT(S) OF YOU AND/OR YOUR DEPENDENTS WILL BE INCREASED BY A TOTAL OF \$

Because of this increase, your FA or SNA grant must be reduced by an equal amount.

This decision is based on Department Regulation 352.29.

MEDICAL ASSISTANCE: Your Medical Assistance will continue unchanged. This decision is based on Department Regulation 360-3.3.

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP): Even though your public assistance grant will change, your SNAP benefits will not change unless you get a separate notice telling you that your SNAP benefits will change. This decision is based on Department Regulation(s) 387.10 and 387.15.

If you do not understand this notice or are in disagreement with the action we are taking, you may request a conference. To do so, visit your center or call on the telephone as soon as possible.

THE TELEPHONE NUMBER TO CALL FOR A CONFERENCE IS - - .

BY REQUESTING A CONFERENCE YOU ARE NOT GIVING UP YOUR RIGHTS TO A FAIR HEARING PROVIDED THAT YOU REQUEST A HEARING WITHIN THE TIME LIMITS DESCRIBED ON THE ENCLOSED PAGE. SEE THE ENCLOSED PAGE FOR APPEAL PROCESS INFORMATION.

SEE BELOW FOR EXPLANATION OF YOUR NEW PA GRANT.

PRE-ADD CONCESIÓN PRE-SUMADA	_____	SSA INCOME INGRESO DE SEGURO SOCIAL	_____
SHELTER VIVIENDA	_____	SSI INCOME INGRESO DE SSI	_____
ENERGY ENERGÍA	_____	OTHER INCOME OTRO INGRESO	_____
ENERGY SUPPLEMENT SUPLEMENTO DE ENERGÍA	_____	TOTAL INCOME INGRESO TOTAL	_____
OTHER NEEDS OTRAS NECESIDADES	_____		
TOTAL NEEDS TOTAL DE NECESIDADES	_____	PA GRANT CONCESIÓN DE PA	_____

Sincerely,
Matthew Brune, Executive Deputy Commissioner
Family Independence Administration

XL0074 (11/16)

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.

The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) policy issuances and manuals are posted on the OTDA website at otda.ny.gov/legal. These issuances and manuals are available to you or your representative to determine whether a fair hearing should be requested or to prepare for a fair hearing. In addition, upon request to your local social services district, specific OTDA policy issuances and manuals will also be available to assist you or your representative.

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 **60 days** from the date of this notice to ask for a fair hearing:

KEEPING YOUR BENEFITS THE SAME: We will restore your Public Assistance 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 Public Assistance 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 Public Assistance 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 Public Assistance 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.

**PREAVISO DE CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS:
Asistencia Pública / Ajuste de costo de vida (NYC PA COLA)**

Fecha del aviso: **6 de diciembre de 2016**

N° de caso:

Oficina Local / Unidad / Trabajador(a): //

N° de teléfono general para
preguntas o ayuda: - -

Por medio de esta notificación le comunicamos que esta agencia tiene el propósito de modificar sus beneficios, tal como lo explicamos a continuación.

SUBVENCIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA: SU SUBVENCIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA SE **REDUCIRÁ** DE **\$0.00 A \$0.00** A PARTIR DEL 1° DE ENERO DE **2017**.

La razón de esta decisión es que, según nuestros registros, usted y/o su(s) dependiente(s) recibe(n) pagos del Seguro Social y/o pagos de SSI y/o beneficios para Veteranos de parte del gobierno federal, y una subvención de Asistencia para Familias (FA) o Asistencia de Seguridad (SNA) de este departamento. Como usted probablemente sabe, el Congreso aprobó una Ley (Public, 93-233) que contempla un ajuste automático de costo de vida a los beneficios del Seguro Social y/o de SSI, y/o beneficios para Veteranos. Dicha acción tendrá como resultado un **incremento del 0.3 por ciento**, el cual entrará en vigor en **diciembre de 2016** y se reflejará en los pagos que se reciban en **enero de 2017**. Según la ley, estos aumentos deben tomarse en cuenta al determinar el monto de la subvención que usted reciba de este departamento. Sin embargo, las subvenciones de SSI nunca se usan para calcular los pagos de Asistencia para Familias (FA). La subvención de SSI sólo puede ser considerada en los casos de Asistencia de Seguridad (SNA) cuando el beneficiario de SSI también recibe Asistencia de Seguridad (SNA).

AUMENTO EN LOS BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL / SSI / VETERANOS

CALCULAMOS QUE A PARTIR DE **ENERO DE 2017**, EL/LOS BENEFICIO(S) FEDERAL(ES) MENSUAL(ES) RECIBIDO(S) POR USTED Y/O SUS DEPENDIENTES AUMENTARÁ(N) POR UN TOTAL DE \$

Debido a este aumento, a su subvención de FA o de SNA se le debe restar el mismo monto.

Esta decisión se basa en Reglamentación Departamental 352.29.

ASISTENCIA MÉDICA: sus beneficios de Asistencia Médica continuarán sin modificaciones. Esta decisión se basa en Reglamentación Departamental 360-3.3.

Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP): si bien su subvención de asistencia pública se modificará, su subsidio de SNAP no se modificará a no ser que usted reciba un aviso por separado informándole que su subsidio SNAP se modificará. Esta decisión se basa en Reglamentación Departamental 387.10 y 387.15.

Si usted no entiende de qué trata esta notificación o no está de acuerdo con la decisión que hemos tomado, puede solicitar una conferencia. Para hacerlo, visite su centro o llame al número de teléfono lo antes posible.

EL NÚMERO DE TELÉFONO PARA SOLICITAR UNA CONFERENCIA ES EL - - .

EL SOLICITAR UNA CONFERENCIA NO IMPLICA QUE USTED RENUNCIE SU DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL, SIMPRE Y CUANDO USTED SOLICITE UNA AUDIENCIA DENTRO DEL PLAZO DESCRITO EN LA PÁGINA ADJUNTA. VEA LA PÁGINA ADJUNTA PARA INFORMARSE SOBRE EL PROCESO DE APELACIÓN.

VEA A CONTINUACIÓN UN DETALLE DE SU NUEVO SUBSIDIO DE ASISTENCIA PÚBLICA:

PRE-ADD	SSA INCOME	
CONCESIÓN PRE-SUMADA	INGRESO DE SEGURO SOCIAL	_____
SHELTER	SSI INCOME	_____
VIVIENDA	INGRESO DE SSI	_____
ENERGY	OTHER INCOME	_____
ENERGÍA	OTRO INGRESO	_____
ENERGY SUPPLEMENT	TOTAL INCOME	_____
SUPLEMENTO DE ENERGÍA	INGRESO TOTAL	_____
OTHER NEEDS		
OTRAS NECESIDADES		
TOTAL NEEDS	PA GRANT	
TOTAL DE NECESIDADES	CONCESIÓN DE PA	_____

Sincerely,
Matthew Brune, Subcomisionado Ejecutivo
Family Independence Administration

XL074C (11/16)

Preaviso de cambios en los beneficios de Asistencia Pública debido a un aumento en los beneficios del Seguro Social, SSI y/o beneficios a Veteranos

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 escribanos 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 **60 días**, contados a partir de la fecha de esta notificación, para solicitar una audiencia imparcial:

MANTENER SUS BENEFICIOS SIN CAMBIOS: reanudaremos sus beneficios de Asistencia Pública 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. However, if you lose the fair hearing, you will have to pay back any Public Assistance benefits you got, but should not have gotten, while you were waiting for the decision.

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 Asistencia Pública continúen al mismo nivel hasta que se remita la decisión de la audiencia imparcial.

Si en la audiencia, el oficial de audiencias determina que su queja no tiene que ver con un cálculo incorrecto de sus beneficios o que hubo una aplicación o interpretación incorrecta de la ley federal o reglamento, el oficial de audiencias puede dictaminar que usted no tenía derecho a continuar recibiendo los beneficios de Asistencia Pública sin cambios mientras esperaba por 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 este aviso a la oficina de *New York State Office of Temporary and Disability Assistance* ubicada en: 14 Boerum Place, Brooklyn.

Por internet: rellene una solicitud en línea en: <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 o 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.

Important notice

Important notice enclosed. If you need help reading the notice, contact your worker.

Aviso importante adjunto. Si necesita ayuda para leer este aviso, comuníquese con su trabajador(a).

إخطار هام طيه. إذا احتجت إلى مساعدة في قراءة الإخطار خاطب مسؤول ملفك.

內附重要通告. 如需幫助閱讀此通告, 請與您的個案負責人接洽。

Avis important ci-joint. Si vous avez besoin d'aide pour lire cet avis, veuillez contacter votre collaborateur.

Gen yon avi enpòtan nan anvlòp la. Si ou bezwen èd pou li avi a, kontakte travayè sosyal ou.

중요한 통지서가 동봉되어 있습니다. 이 통지서를 읽는데 도움이 필요하시면, 담당 직원에게 연락하십시오.

Содержит важную информацию. Если при чтении этого извещения у Вас возникнут трудности, обратитесь к сотруднику, ведущему Ваше дело.

Có đính kèm thông báo quan trọng. Nếu cần được giúp đỡ để đọc bản thông báo này, xin liên lạc với nhân viên xã hội của quý vị.

א וויכטיגע מעלדונג איז בייגעלייגט. אויב איר דארפט הילף צו ליינען די מעלדונג, רופט אייער ארבעטער.

Importante avviso allegato. Se occorre aiuto per leggere l'avviso, rivolgersi al proprio operatore di riferimento.

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:

:

FAM SIZE:
DATE: December 6, 2016
FECHA: 6 de diciembre de 2016

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, 2017** FOR THE FOLLOWING REASON:

BEGINNING **JANUARY 2017**, SOCIAL SECURITY, SSI AND/OR VETERAN'S BENEFITS WILL INCREASE BY **0.3%**. 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 2017**, 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 or below **\$247.00** and you either incur a separate bill or charge for heating or air conditioning costs or you have received Home Energy Assistance (HEAP) benefits of more than **\$20** during the month this letter is dated or the during the immediately preceding twelve (12) months, YOUR MONTHLY SNAP BENEFIT OF \$194.00 WILL NOT CHANGE. HOWEVER, IF YOUR RENT IS above **\$247.00** and you do not incur a separate bill or charge for heating or air conditioning costs or have not received Home Energy Assistance (HEAP) benefits of more than **\$20** during the month this letter is dated or the during the immediately preceding twelve (12) months, BEGINNING IN **JANUARY 2017**, YOU WILL RECEIVE **\$26** IN SNAP BENEFITS and if you receive income in addition to SSI, you will receive \$17 in SNAP benefits.

IF YOU ARE A NYSNIP PARTICIPANT WHO WAS RECEIVING \$16 PER MONTH IN SNAP BENEFITS, BEGINNING IN **JANUARY 2017** YOU WILL continue to RECEIVE **\$16 PER MONTH**.

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.

COMENZANDO EN **ENERO DE 2017**, LOS SUBSIDIOS DE SEGURO SOCIAL, SSI Y SUBSIDIOS PARA VETERANOS, AUMENTARÁN POR UN **0.3 %**. SI USTED RECIBE ALGUNO DE LOS SUBSIDIOS FEDERALES ANTES MENCIONADOS, ESTE AUMENTO EN EL INGRESO DE SU GRUPO FAMILIAR DEBERÁ TOMARSE EN CUENTA EN EL CÁLCULO DEL MONTO DEL SUBSIDIO **SNAP** QUE USTED RECIBE. **SI USTED ACTUALMENTE RECIBE AMBOS SUBSIDIOS: SEGURO SOCIAL Y SSI, EL MONTO DEL SUBSIDIO DE SSI PARA EL MES DE ENERO SERÁ REDUCIDO POR EL MONTO DEL AUMENTO EN SU SUBSIDIO DE SEGURO SOCIAL. ESTOS CAMBIOS EN INGRESO TAMBIÉN DEBEN TOMARSE EN CUENTA EN EL CÁLCULO DE SU SUBSIDIO SNAP.**

COMENZANDO EN **ENERO DE 2017**, 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 o inferior a los **\$247.00** y usted ya sea: recibe facturas o cargos por separado de calefacción o aire acondicionado, o ha recibido el Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP) por un monto mayor de **\$20** en el mes de la fecha de esta carta o en los últimos 12 meses; EL MONTO MENSUAL DE SU SUBSIDIO SNAP DE \$194.00 NO CAMBIARÁ. SIN EMBARGO, SI SU ALQUILER ES superior a los **\$247.00** y usted no incurre facturas o cargos por separado de calefacción o aire acondicionado o no ha recibido el Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP) por un monto mayor a los **\$20** en el mes de la fecha de esta carta o en los últimos 12 meses; COMENZANDO EN **ENERO DE 2017**, USTED RECIBIRÁ **\$26** EN SUBSIDIO SNAP y si usted recibe ingreso adicional al SSI, usted recibirá \$17 en subsidio SNAP.

SI USTED ES UN PARTICIPANTE DEL PROYECTO DE MEJORA NUTRICIONAL DEL ESTADO DE NUEVA YORK (NYSNIP) QUE RECIBÍA \$16 AL MES EN SUBSIDIO SNAP, COMENZANDO EN **ENERO DE 2017**, USTED CONTINUARÁ recibiendo **\$16 AL MES**.

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 REGISTRADOS 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

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

**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

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

B. DEDUCTIONS

Deducciones

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

C. ADJUSTED INCOME

Ingreso ajustado

14. Subtract B from A.(Line 13 from Line 6.) Reste B de A. (Línea 13 de línea 6.) C.	
---	--

D. SHELTER COSTS

Gastos de Vivienda

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

E. SNAP NET INCOME

Ingreso neto por subsidio SNAP

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

MINUS RECOUPMENT OF
MENOS EL REEMBOLSO DE

ADJUSTED SNAP AMOUNT
MONTO AJUSTADO DEL
SUBSIDIO SNAP

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.

The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) policy issuances and manuals are posted on the OTDA website at otda.ny.gov/legal. These issuances and manuals are available to you or your representative to determine whether a fair hearing should be requested or to prepare for a fair hearing. In addition, upon request to your local social services district, specific OTDA policy issuances and manuals will also be available to assist you or your representative.

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 6, 2016

Effective Date: January 1, 2017

**NYC SNAP COLA '17
XL263C (11/16)**

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

Si cree que nuestra decisión es incorrecta, puede solicitar una revisión de nuestra decisión. Corregiremos 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.

Los manuales y publicaciones sobre políticas de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (OTDA) se encuentran publicadas en el sitio web de OTDA: otda.ny.gov/legal. Estas publicaciones y manuales están a su disposición o la disposición de su representante con el fin de ayudarlo a determinar si debería o no solicitar una audiencia imparcial o con el fin de ayudarlo a prepararse para una audiencia imparcial. Además, si lo solicita de su oficina de servicios sociales de distrito, publicaciones específicas de OTDA sobre políticas y manuales también estarán a su disposición o a la disposición de su representante con el fin de asistirle.

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 Asistencia Pública 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. However, if you lose the fair hearing, you will have to pay back any Public Assistance benefits you got, but should not have gotten, while you were waiting for the decision.

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 Asistencia Pública continúen al mismo nivel hasta que se remita la decisión de la audiencia imparcial.

Si en la audiencia, el oficial de audiencias determina que su queja no tiene que ver con un cálculo incorrecto de sus beneficios o que hubo una aplicación o interpretación incorrecta de la ley federal o reglamento, el oficial de audiencias puede dictaminar que usted no tenía derecho a continuar recibiendo los beneficios de Asistencia Pública sin cambios mientras esperaba por 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 este aviso a la oficina de *New York State Office of Temporary and Disability Assistance* ubicada en: 14 Boerum Place, Brooklyn.

Por internet: rellene una solicitud en línea en: <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 ayudarlo 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 ayudarlo 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.

Important notice

Important notice enclosed. If you need help reading the notice, contact your worker.

Aviso importante adjunto. Si necesita ayuda para leer este aviso, comuníquese con su trabajador(a).

إخطار هام طيه. إذا احتجت إلى مساعدة في قراءة الإخطار خاطب مسؤول ملفك.

內附重要通告. 如需幫助閱讀此通告, 請與您的個案負責人接洽。

Avis important ci-joint. Si vous avez besoin d'aide pour lire cet avis, veuillez contacter votre collaborateur.

Gen yon avi enpòtan nan anvlòp la. Si ou bezwen èd pou li avi a, kontakte travayè sosyal ou.

중요한 통지서가 동봉되어 있습니다. 이 통지서를 읽는데 도움이 필요하시면, 담당 직원에게 연락하십시오.

Содержит важную информацию. Если при чтении этого извещения у Вас возникнут трудности, обратитесь к сотруднику, ведущему Ваше дело.

Có đính kèm thông báo quan trọng. Nếu cần được giúp đỡ để đọc bản thông báo này, xin liên lạc với nhân viên xã hội của quý vị.

א וויכטיגע מעלדונג איז בייגעלייגט. אויב איר דארפט הילף צו ליינען די מעלדונג, רופט אייער ארבעטער.

Importante avviso allegato. Se occorre aiuto per leggere l'avviso, rivolgersi al proprio operatore di riferimento.

