

Case Name:	Case Number:
Date	Worker:

Safety Net Assistance (SNA) Application Supplement

The Welfare Reform Act of 1997 limited the amount of time an individual could receive Family Assistance (FA) to 60 months. You and all adult members of your case (including non-complying individuals) must apply for Safety Net Assistance if you want to receive Temporary Assistance after your FA eligibility ends. You all must apply for SNA benefits because you or an adult member of your case (including non-complying individuals) is able-bodied. An able-bodied person is one who is not exempt from participation in work activities under Department of Labor (DOL) regulation 1300.2. The requirement for an application for SNA is contained in 18 NYCRR 350.4(b).

You and all adult members of your case (including non-complying individuals) must complete this application and bring it and documentation of any changes to your application interview. If you do not, you and your family will not be eligible to get Safety Net Assistance when you reach the sixty-month limit on cash benefits. Please note that a new application is not required to continue to get Medicaid, Food Stamps or Childcare.

18 NYCRR 370.2(c)(11) also requires as a condition of SNA eligibility that you agree to repay any overpayments of SNA that you receive. You will fulfill this requirement by completing and signing the two forms (Repayment Agreement – LDSS-4529 and Assignment of Future Earnings – LDSS-4530). These will be given to you to read and sign at your interview.

Please answer the following questions:

- Do you want Safety Net Assistance when your sixty-month limit on cash assistance is reached?
Yes ? No ?
- Have there been any changes in your household's circumstances since your last recertification or contact with this agency (includes people moving in or out, moving, getting or losing a job etc.)?
Yes ? No ?

If yes, please explain the change below and provide any proof of it.

Explain Changes: _____

You must bring with you your most recent utility bill, the name and address of your landlord and your most recent rent receipt. This is because, if you are found eligible for Safety Net Assistance when you reach your 60-month time limit for cash assistance, most of your benefits will be paid directly to vendors, such as your landlord and utility company. A portion of your benefits may be provided in cash.

In order to receive Safety Net Assistance, you must sign and date below. Since this is a supplement to your application and/or your recertification applications where you checked the box "cash assistance", all the certifications, authorizations, consents, releases, assignments and other information you read, agreed to and signed to on your original application forms remain in effect.

In signing this application, I swear and affirm under penalty of perjury that all the information I have provided is accurate. I understand that if any of my benefits are changes as a result of this information I will receive notice before the change is made.

Applicant Signature: _____ **Date:** _____
Spouse Signature: _____ **Date:** _____
Other Adults _____ **Date:** _____
 _____ **Date:** _____

Case Name:	Case Number:
Date	Worker:

**Suplemento a la Solicitud de Asistencia para Proveer Seguridad
(Safety Net Assistance—SNA)**

La Ley Estatal del Bienestar Social de 1997 limita la cantidad de tiempo que un individuo podría recibir Asistencia para la Familia (FA) a 60 meses. Usted y todos los miembros adultos de su caso (incluyendo los miembros que no han cumplido con los requisitos) deben solicitar la Asistencia para Proveer Seguridad si usted desea recibir Asistencia Temporal después de terminar su elegibilidad para FA. Todos ustedes deben solicitar beneficios de SNA debido a que usted, o un miembro adulto de su caso (incluyendo a los miembros que no han cumplido con los requisitos), son capaces de trabajar. Una persona capaz de trabajar es una que no está exenta de participar en actividades laborales bajo la regulación 1300.2 del Departamento de Trabajo. El requisito para una solicitud de SNA esta contenido en 18 NYCRR 350.4(b).

Usted y todos los miembros adultos de su caso (incluyendo a los individuos que no han cumplido con los requisitos) deben completar esta solicitud y traerla a la entrevista con la documentacion de cualquier cambio a su solicitud. Si usted no lo hace, usted y su familia no serán elegibles para obtener Asistencia para Proveer Seguridad cuando alcance el límite de 60 meses de beneficios en efectivo. Por favor note que no se requiere una solicitud nueva para continuar recibiendo Medicaid, Cupones de Alimentos o Cuidado Infantil.

La 18 NYCRR 370.2c(11) también requiere como condición de elegibilidad para SNA que usted complete y firme los dos formularios (Acuerdo de Devolución – LDSS-4529 y Asignación de Futuras Ganancias – LDSS-4530). Estos se le proveerán para que los lea y firme en su entrevista.

Por favor responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Desea Asistencia para Proveer Seguridad cuando alcance el límite de 60 meses de asistencia en efectivo?

Sí ? No ?
2. ¿Ha habido algunos cambios en las circunstancias de su hogar desde su última recertificación o contacto con esta agencia (incluya a personas que se han trasladado de su casa o que han ingresado a la misma, obteniendo o perdiendo un trabajo, etc.)?

Sí ? No ?

Si contestó afirmativamente, por favor explique debajo y provea cualquier prueba del cambio.

Explique el Cambio: _____

Usted debe traer consigo su factura de servicios públicos más reciente, el nombre y la dirección del propietario de su vivienda y la factura más reciente del alquiler de su hogar. Esto se debe a que, si se determina que usted es elegible para la Asistencia para Proveer Seguridad cuando usted alcance el tiempo límite de asistencia en efectivo de 60 meses, la mayoría de sus beneficios serán pagados directamente a los distribuidores, tales como el dueño de su vivienda y la compañía de servicios públicos. Una porción de sus beneficios puede ser provista en efectivo.

Para recibir Asistencia para Proveer Seguridad, usted debe firmar e indicar la fecha debajo. Debido a que éste es un suplemento a su solicitud y/o a su solicitud de recertificación donde usted marcó la casilla de "asistencia en efectivo", todas las certificaciones, autorizaciones, consentimientos, autorización para diseminar información, asignaciones y otra información que usted haya leído, haya expresado su acuerdo y haya firmado en formularios originales de su solicitud original permanecerán en efecto.

Al firmar esta solicitud, yo juro y afirmo, bajo penalidad de perjurio, que toda la información que he provisto es cierta. Yo comprendo que si alguno de mis beneficios cambia como resultado de esta información, yo recibiré una notificación antes de que se efectúe el cambio.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Firma del Esposo(a): _____ **Fecha:** _____

Otros Adultos: _____ **Fecha:** _____

_____ **Fecha:** _____