

Fecha: \_\_\_\_\_  
Tipo de formulario: \_\_\_\_\_  
Número de caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del participante: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_

## CARTA DE LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS SOBRE LA INSCRIPCIÓN EN LAS ESCUELAS/PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN

### Información importante:

Si no asiste a la escuela o no le interesa inscribirse, favor de ignorar este aviso. En cambio, si le interesa inscribirse en un programa de capacitación y le gustaría obtener ayuda para encontrar uno, favor de entrar al enlace que aparece a continuación para ver la lista de programas disponibles de capacitación/educativos de la HRA. Si tiene preguntas o si necesita ayuda, envíe un correo electrónico o llame a HRA TAG.

<https://a069-atp.nyc.gov/atp/TAPEnginesearch.cfm>

### I. A SER COMPLETADO POR EL/LA ESTUDIANTE

II. Nombre del/de la solicitante/participante: \_\_\_\_\_

#### A. Gastos del programa de capacitación

La HRA no cubre gastos de matrícula, libros ni tarifas. Sin embargo, si usted participa en actividades aprobadas por la HRA, algunos de sus gastos pueden ser reembolsados. Estos gastos son los del cuidado infantil, traslado en automóvil y ciertos artículos que pudieran ser necesarios para las actividades en que participa. Dado que usted solicitó o recibe la Asistencia en Efectivo (*Cash Assistance, CA*), puede recibir dinero para el traslado en automóvil y el cuidado infantil. Para obtener este dinero, debe asistir a su programa según lo previsto.

**Nota:** para solicitar el dinero del cuidado infantil, debe incluir por separado el formulario de inscripción del proveedor de cuidado infantil.

¿Cuánto gasta a diario por el traslado en automóvil para ir a clases? \$ \_\_\_\_\_

¿Necesita algo en especial para poder participar en el programa?  Sí  No

(Debe adjuntar el recibo o la factura).

Si la respuesta es "Sí", ¿qué necesita en especial (por ej.: uniforme)? \_\_\_\_\_

Monto de lo que necesita en especial: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia del pago: \_\_\_\_\_

**(Gire la hoja)**

Case Number: \_\_\_\_\_

Participant Name: \_\_\_\_\_

**B. Acuerdo para devolver sobrepagos de expensas**

Elija una de las siguientes opciones:

- Estoy de acuerdo con que se reste de mi subsidio de Asistencia en Efectivo (CA) todo sobrepago que yo reciba por mis gastos.
- Estoy de acuerdo con que se reste de mi próximo pago, o de futuros pagos, todo sobrepago que yo reciba por mis gastos de traslado en automóvil o de cuidado infantil.

---

 Firma del/de la solicitante/participante de la Asistencia en Efectivo

---

 Fecha
**C. Aviso sobre subsidios y gastos educativos para solicitantes o participantes de la Asistencia en Efectivo y del Programa de SNAP**

Conforme a las secciones 352.16 y 387.11[f], del título 18 de la Compilación Oficial de Códigos, Reglas y Reglamentos de Servicios Sociales del Estado de Nueva York (*Social Services Law 18 NYCRR §352.16 and §387.11[f]*), no se tomará en cuenta ningún subsidio educativo, beca o préstamo que usted reciba, a la hora de decidir si puede obtener la Asistencia en Efectivo (CA). Además, dichos subsidios tampoco serán tomados en cuenta al determinar el monto de CA que usted obtendrá. La ley para cupones de alimentos de 1977 (*Food Stamp Act of 1977*) requiere que ciertos subsidios escolares, becas y préstamos cuenten como ingresos de SNAP. Sin embargo, esta ley excluye de dichos ingresos a los montos de matrícula, tarifas obligatorias y otros gastos educativos.

Debemos obtener documentos sobre sus ingresos y gastos educativos de su escuela. Los necesitamos para calcular cuántos ingresos debemos contar o deducir de su presupuesto de SNAP. Favor de firmar la sección de divulgación de información que sigue a continuación, para permitir que la escuela nos provea dicha información. Además, debe hacer que la escuela complete la Sección II de este formulario. Favor de devolver este formulario al trabajador(a) que administra su caso después de completarlo.

**D. Permiso para divulgar información**

Doy permiso a la escuela o al programa mencionado en la Sección II de este formulario para que divulgue información a la HRA, sobre mi asistencia, progreso y empleo subsiguiente. Además, estoy de acuerdo con que esta información se a utilizada por la HRA para propósitos de CA y SNAP.

**El estudiante debe dar permiso a la escuela o programa de capacitación para que complete la Sección II y para que divulgue información a la HRA.**

---

 Firma del/de la solicitante/participante  
 (*Applicant's/Participant's Signature*)

---

 Fecha (Date)

---

 Correo electrónico del/de la solicitante/participante (*E-mail*)

---

 N° de teléfono del/de la solicitante/participante (*Contact Number*)
**(Gire la hoja)**

Case Number: \_\_\_\_\_

Participant Name: \_\_\_\_\_

**III.FOR COMPLETION BY AUTHORIZED SCHOOL/TRAINING PROGRAM REPRESENTATIVE**

**A. Student Information**

Applicant's/Participant's Name: \_\_\_\_\_

Student ID #: \_\_\_\_\_

School/Program Name: \_\_\_\_\_

Course of Study/Major: \_\_\_\_\_

Program Type (Check one):     AA/AS         BA/BS         MA/MS\*\*

Certificate/Vocational         HSE/BE/ESL

Other (Explain) \_\_\_\_\_

Does this educational program include any distance learning or online educational coursework?         Yes     No

Does the educational program include a paid internship? \*     Yes     No

Vendor Code: \_\_\_\_\_

Skill Code: \_\_\_\_\_

Semester Start Date: \_\_\_\_\_ Semester End Date: \_\_\_\_\_

Enrollment Start Date: \_\_\_\_\_  
(if different from Semester Start Date above)

If this is a re-enrollment, is the student maintaining a "C" average or above?     Yes     No

This is the first **HRA-154** school letter completed for the semester.

This is a revised **HRA-154** school letter.

**(Turn page)**

Case Number: \_\_\_\_\_

Participant Name: \_\_\_\_\_

**B. Student Weekly Activity Schedule**

For class hours, write "CL" in the corresponding box; for laboratory, "LAB"; for Federal Work Study (FWS), "FWS"; for internship or externship write "INT" \*; or for supervised homework, "SH". For activities that do not start on the hour, write start and end time in box.) \*\*\*

Hours	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday	Total Hours
7:00 AM – 8:00 AM								
8:00 AM – 9:00 AM								
9:00 AM – 10:00 AM								
10:00 AM – 11:00 AM								
11:00 AM – 12:00 PM								
12:00 PM – 1:00 PM								
1:00 PM – 2:00 PM								
2:00 PM – 3:00 PM								
3:00 PM – 4:00 PM								
4:00 PM – 5:00 PM								
Evenings (Specify hours in box)								
Online/ Distance Learning								
Other (Specify:  i.e. Job Search, Job Readiness, Test Prep)								

**NOTE:** **Total:**

- \* **Internships:** Internships are considered employment (with the exception of students who are 18-21 years old and not the head of their case)
- \*\* **Master’s Degree:** Master’s degree classes are not approved. Paid internships as part of a Master’s degree program will be reviewed on a case-by-case basis.
- \*\*\* Any FWS and/or Internship, and other (i.e. Job Search, Job Readiness, and Test Prep) hours reflected above must be accompanied by the "Verification of Student Schedule" (HRA-152e) form or "Verification of Student Schedule (CUNY EDGE)" (HRA-152f) form.

(Turn page)

Case Number: \_\_\_\_\_

Participant Name: \_\_\_\_\_

**C. Work Activities: Please note that internship/externship and FWS must be approved by HRA and have a Vendor and Skill Code.**

	<b>Vendor and Skill Code</b>	<b>Number of Hours</b>
1. Number of internship/externship hours per week this semester.		
2. Number of FWS hours per week this semester.		
3. <b>Total</b> number of internship/externship and FWS hours per week this semester (add lines 1 and 2).		

1. **Total weekly classroom and lab hours:** \_\_\_\_\_

2. **Homework\* and/or study time:**

a. *Supervised homework:* \_\_\_\_\_

b. *Unsupervised homework\*\*:* \_\_\_\_\_

**TOTAL ACTIVITY HOURS:**

3. **Total Internship/Federal Work Study Hours**

(from II. C., line 3 table above):

4. **Total Classroom Hours** (Line 1): \_\_\_\_\_

5. **Total Homework and/or Study Hours** (Lines 2a and 2b): \_\_\_\_\_

6. **TOTAL WEEKLY ACTIVITY HOURS EXPECTED**

(Line 1 - Classroom, Lines 2a and 2b – Homework, and

Line 3 – Internship/Federal Work Study): \_\_\_\_\_

\* **Note:** For clients in approved programs, HRA will count all hours of supervised homework as well as up to one hour of unsupervised homework for every one hour of class time/credit hours, as required by the student's educational program, toward the individual's hours of engagement. However, the total homework time counted for participation cannot exceed the total hours of homework required (supervised) and/or advised (unsupervised) by the educational program.

\*\* While New York law generally provides for up to 2 hours of homework/study time for every 1 credit/hour of post-secondary education, only 1 hour of homework per 1 credit/hour can be counted toward HRA's activity requirements (i.e., 15 credits/hours per semester = maximum of 15 unsupervised homework hours).

**Is the student receiving money directly from you for:**

	<b>Weekly Amount</b>	<b>Source</b>
Carfare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$ _____	_____
Childcare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$ _____	_____

(Turn page)

Case Number: \_\_\_\_\_

Participant Name: \_\_\_\_\_

**D. Breakdown of Expenses**

<b>Tuition</b>	\$
<b>Loan origination and insurance fees</b>	\$
<b>Books</b>	\$
<b>Meals purchased at school</b>	\$
<b>Transportation to and from school</b>	\$
<b>Supplies</b>	\$
<b>Childcare</b>	\$
<b>Personal expenses (specify):</b>	\$
<b>Living expenses (specify):</b>	\$
<b>Total expenses</b>	\$

**Note:** Living expenses consist of housing, clothing, utilities and meals other than those purchased at school.

**Non-Title IV Funded Educational Grants, Loans and Scholarships**

Private scholarships (specify in the spaces below)	
1.	\$
2.	\$
3.	\$
<b>NYS Tuition Assistance Program (TAP)</b>	\$
<b>Federal Pell Grant (Pell)</b>	\$
<b>SEEK Program</b>	\$
<b>College Discovery Program</b>	\$
<b>Other (specify):</b>	\$
<b>Total of Non-Title IV Funded Educational Income</b>	\$

\_\_\_\_\_  
Print Name (Authorized School Representative)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Telephone number



\_\_\_\_\_  
Email Address