

STATO DI NEW YORK
 UFFICIO PER I SERVIZI AI MINORI E ALLE FAMIGLIE (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
INSOLVENZA PER IL CONTRIBUTO FAMILIARE PER SUSSIDI PER I SERVIZI ALL'INFANZIA

DATA NOTIFICA:		NOME E INDIRIZZO DELL'AGENZIA/CENTRO O UFFICIO DISTRETTUALE		
NUMERO CASO	NUMERO CIN			
NOME CASO (e nome C/O se presente) E INDIRIZZO				
		N. TELEFONO GENERALE PER DOMANDE O SUPPORTO		
		OPPURE Riunione agenzia _____ Informazioni e assistenza su udienza in via _____ Accesso alla documentazione _____ Informazioni su assistenza legale _____		
UFFICIO N.	UNITÀ N.	IMPIEGATO N.	NOME UNITÀ O IMPIEGATO	N. TELEFONO
La presente notifica ha lo scopo di comunicare la vostra morosità in relazione al pagamento del contributo familiare pari a \$ _____ per _____ . L'importo toale dovuto è \$ _____ . Qualora l'importo totale dovuto non venisse pagato o qualora non sia stato raggiunto un accordo soddisfacente per effettuare il pagamento dello stesso da parte di _____ , questa agenzia provvederà a sospendere i vostri sussidi per i servizi all'infanzia.				
Le leggi e/o i regolamenti che ci autorizzano a prendere tali provvedimenti sono: 18 NYCRR Sezione 404.6(a) e 404.6(b) Occorre pagare l'importo totale dovuto o trovare un accordo soddisfacente per il pagamento dell'importo dovuto entro e non oltre il _____ per evitare ulteriori provvedimenti da parte dell'agenzia.				
Qualora si necessiti di un piano di pagamento, contattare: _____				
I costi dovuti devono essere corrisposti a: _____				

IL MANCATO PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO FAMILIARE O LA MANCATA CONFORMITÀ CON IL PIANO DI PAGAMENTO COMPORTERANNO LA SOSPENSIONE DEI SUSSIDI PER I SERVIZI ALL'INFANZIA.