

## NEW YORK STATE

OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES (UFFICIO SERVIZI PER I MINORI E LA FAMIGLIA DELLO STATO DI NEW YORK)

**APPROVAZIONE DELLA RICHIESTA DI SUSSIDI PER I SERVIZI ALL'INFANZIA**

DATA NOTIFICA:	DATA ENTRATA IN VIGORE	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 _____ Informazioni su assistenza _____

UFFICIO N.	UNITÀ N.	IMPIEGATO N.	NOME UNITÀ O IMPIEGATO	N. TELEFONO IMPIEGATO
------------	----------	--------------	------------------------	-----------------------

La richiesta inviata in \_\_\_\_\_ per i sussidi per i servizi all'infanzia è stata approvata.

I sussidi per i servizi all'infanzia sono in \_\_\_\_\_ al\* \_\_\_\_\_ mentre si è \_\_\_\_\_.

Commenti:

**SUSSIDI. I pagamenti saranno effettuati per le seguenti persone:**

Figlio/i:	Assistente:	Importo:**	Tempo pieno o parziale:

\*Nota: "in vigore dal" significa che l'azione o l'indennizzo inizia quel giorno e "al" significa che l'azione o l'indennizzo è effettivo in tale data.

\*\*Il pagamento può variare in base a cambiamenti nelle attività approvate o alle assenze.

**Gli indennizzi saranno pagati:**  Direttamente a voi.  Direttamente all'assistente.

Il fornitore dei servizi deve fornire una fattura mensile e una foglio di partecipazione.

**CONTRIBUTO FAMILIARE. Siete responsabili per il pagamento delle seguenti quote:**

- A \_\_\_\_\_, occorre pagare un **contributo familiare** \_\_\_\_\_ con importo pari a \$ \_\_\_\_\_ **alla settimana.**
- A \_\_\_\_\_, occorre pagare un ulteriore **contributo** \_\_\_\_\_ con importo pari a \$ \_\_\_\_\_ **alla settimana.**
- A \_\_\_\_\_, una Corte ha ordinato che occorre pagare un \_\_\_\_\_ con importo pari a \$ \_\_\_\_\_ **alla settimana, per il figlio/i figli** \_\_\_\_\_

**Di seguito è illustrato come è stato determinato il contributo familiare settimanale**

Reddito lordo annuo della famiglia	\$ _____
Meno il 100% del reddito statale annuo standard per un nucleo familiare di _____	\$ _____
Reddito residuo	\$ _____
Reddito residuo	\$ _____ X % contributo _____ % = \$ _____
\$ _____ / 52 settimane =	\$ _____ contributo familiare settimanale

Gli importi dei contributi familiari sono arrotondanti a 50 centesimi più vicini. La quota settimanale minima per le famiglie che non ricevono TA è 1 dollaro.

**Di seguito sono indicate le responsabilità da ottemperare al fine di continuare a ricevere i sussidi:**

- Notificare immediatamente l'impiegato assegnato in caso di cambiamenti nel reddito familiare, membri del nucleo familiare, contratti di impiego, accordi relativi ai servizi all'infanzia o altri cambiamenti che potrebbero compromettere l'idoneità a ricevere i sussidi o modificarne l'importo.
- Pagare tempestivamente tutti i contributi familiari dovuti.

**SI HA DIRITTO DI APPELLO ALLA DECISIONE PRESA.**

**LEGGERE SUL RETRO DEL PRESENTE AVVISO LE ISTRUZIONI SU COME FARE APPELLO.**

COPIA CLIENTE/UDIENZA IMPARZIALE

**DIRITTO DI RIFIUTO DEI SERVIZI** - L'approvazione della richiesta non obbliga ad accettare i servizi, che possono essere quindi rifiutati.

**DIRITTO A UNA RIUNIONE** - È possibile richiedere una riunione affinché queste azioni vengano riesaminate. Se si desidera un incontro, richiederlo il prima possibile. Se nel corso della riunione scopriamo di aver preso una decisione sbagliata o, in seguito a informazioni da voi fornite, cambiamo il nostro parere, intraprenderemo azioni correttive e invieremo un nuovo avviso. È possibile richiedere una riunione chiamando il numero riportato nella pagina frontale del presente avviso o inviando una richiesta scritta all'indirizzo indicato in cima alla prima pagina del presente avviso. Utilizzare questo numero esclusivamente per richiedere una riunione. **La modalità per richiedere un'udienza imparziale è diversa.**

**Se si richiede una riunione, sarà comunque possibile richiedere anche un'udienza imparziale. La richiesta di una riunione con l'agenzia non annulla il diritto a richiedere anche un'udienza imparziale. Di seguito sono riportate le informazioni relative all'udienza imparziale.**

**DIRITTO A UN'UDIENZA IMPARZIALE** - Se si ritiene che l'azione sia stata intrapresa per errore, è possibile richiedere un'udienza statale imparziale nei seguenti modi:

- (1) **Telefono:** (TENERE IL PRESENTE AVVISO A PORTATA DI MANO QUANDO SI CHIAMA) **1-800-342-3334. OPPURE**
- (2) **Posta:** fornire le informazioni richieste di seguito, firmare e spedire a New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. **Tenerne una copia per sé. OPPURE**
- (3) **FAX:** per richiedere un'udienza imparziale, fornire le informazioni richieste di seguito, firmare e inviare entrambe le facciate del modulo al numero (518) 473-6735. **OPPURE**
- (4) **Online:** per richiedere un'udienza imparziale online, accedere all'indirizzo <http://www.otda.ny.gov/oah>, fare clic sui link per la richiesta di un'udienza imparziale mediante il modulo online e attenersi alle istruzioni per compilare e inviare il modulo online.

**LA RICHIESTA DI UN'UDIENZA IMPARZIALE DEVE ESSERE INVIATA ENTRO 60 GIORNI DALLA DATA DEL PRESENTE AVVISO**

Se si richiede un'udienza imparziale, lo Stato invierà una notifica per comunicare l'ora e il luogo dell'udienza. È possibile farsi rappresentare da un consulente legale, un parente, un amico o un'altra persona, oppure rappresentarsi da soli. Nel corso dell'udienza il vostro avvocato o altro rappresentante potrà presentare prove scritte e orali per dimostrare che l'azione non dovrebbe essere intrapresa e potrà inoltre interrogare qualsiasi persona presente all'udienza. È anche possibile invitare delle persone a testimoniare a vostro favore. Portare all'udienza tutta la documentazione, come il presente avviso, buste paga, ricevute, fatture di servizi all'infanzia, verifiche mediche, lettere e altri documenti che potrebbero essere utili per presentare il caso.

**ASSISTENZA LEGALE** - Per ricevere assistenza legale gratuita, è possibile rivolgersi all'ufficio della Legal Aid Society di zona o a qualsiasi ente di patrocinio legale gratuito. Per trovare la Legal Aid Society o l'ente di patrocinio legale gratuito più vicino, è possibile cercare la categoria degli avvocati (Lawyers) nelle pagine gialle o chiamare il numero indicato nella prima pagina del presente avviso.

\*\*\*\*\*

**ACCESSO A FILE E COPIE DEI DOCUMENTI** - Si ha diritto ad accedere alla documentazione del caso per prepararsi all'udienza. Chiamare o scrivere per ricevere copie gratuite della documentazione che verrà messa a disposizione dell'ufficiale che presiede l'udienza imparziale. Per richiedere documenti o ricevere indicazioni su come consultare il proprio caso, chiamare il numero di telefono riportato per Accesso alla documentazione in cima alla prima pagina del presente avviso o scrivere all'indirizzo stampato in cima alla prima pagina del presente avviso. A chi chiama o scrive saranno fornite anche copie gratuite di altri documenti pertinenti al caso, che potrebbero essere utili per prepararsi all'udienza imparziale. Se si desidera ricevere copie della documentazione del caso, richiederle con largo anticipo. Saranno fornite entro tempi ragionevoli dalla data dell'udienza. I documenti saranno spediti **solo** se viene esplicitamente richiesto.

**INFORMAZIONI** - Per ulteriori informazioni sul caso, su come richiedere un'udienza imparziale, su come accedere alla propria documentazione o su come ottenere copie aggiuntive dei documenti, chiamare i numeri di telefono indicati in cima alla prima pagina del presente avviso o scrivere all'indirizzo stampato in cima alla prima pagina del presente avviso.

\*\*\*\*\*

**RICHIESTA DI UN'UDIENZA IMPARZIALE**

Voglio un'udienza imparziale. Non concordo con le azioni dell'agenzia. (È possibile indicare le motivazioni di seguito, ma non è obbligatorio includere una spiegazione scritta).

Nome:

Distretto:

Indirizzo:

Numero caso:

Telefono: