뉴욕 주

아동 및 가족 복지국

보육 지원 혜택 신청 승인

통지 일자:	발효일:	담당부서/센터 또는 지역 사무실 이름 및 주소
케이스 번호	CIN 번호	
케이스 이름(C/O 이름과 주소, 존재 시)		
		문의 사항 또는 도움말 일반전화 번호
		또는 담당부서 협의회
		공청회 정보 및 지원
		기록 액세스
		법률 지원 정보

사무실 번호	유닛 번호	복지사 번호	유닛 또는 복지사 이름	복지사 전화번호

보육 지원 혜택에 대한 귀하의 신청이 _____ 일자로 승인되었습니다.
귀하의 보육 혜택은 유효합니다.* _____ 일부터 _____ 일까지* _____ 상태에서.

의견:

혜택. 보육료 지원 대상자는 다음과 같습니다:

자녀:	제공자 대상:	금액:**	풀타임 또는 파트타임

**참고: "유효"란 해당일로부터 조치 또는 혜택이 시작함을 의미하며, "까지"란 조치 또는 혜택이 해당일까지 효력을 발생함을 의미합니다.*
***지급은 승인된 활동 및/또는 부재에 따라 유동적일 수 있습니다.*

혜택 지급 예정: ☐ 귀하에게 직접 송금 ☐ 제공자에게 직접 송금
제공자는 월별 청구서와 참석 시트를 제출해야 합니다.

자기 부담금. 다음의 비용 납부 책임은 귀하에게 있습니다:

☐ _____ , **주간 자기 부담금은** _____ 에게
주당 $ _____ 가지급되어야 합니다.

☐ _____ , **추가 자기 부담금은** _____ 에게
주당 $ _____ 가지급되어야 합니다.

☐ _____ , **법정 명령 자기 부담금은** _____ 에게
주당 $ _____ 가 자녀 대상으로 지급되어야 합니다. _____

다음 정보는 매주 자기 부담금이 결정되는 방식에 대한 설명입니다.

가구의 연간 총 소득 **$** _____
가족 규모에 대해 마이너스 100% 연간 주 소득 기준 _____ **$** _____
나머지 소득 **$** _____
나머지 소득 **$** _____ ***X 가구*** _____ **% = $** _____
$** _____ **/** 52 주 = **$ _____ 주간 자기 부담금

모든 자기 부담금은 $0.50 근사치로 반올림됩니다. TA 를 받지 않은 모든 가구에 대해 주당 최소 수수료는 $1 입니다.

혜택을 계속 받으시려면 다음의 의무를 다 해 주셔야 합니다.

- 혜택 자격 지속 또는 금액에 영향을 미칠 수 있는 가구 소득에 변화, 공동주거자, 고용 정보, 보육 제도 또는 기타 변경 사항이 있는 경우 복지사에게 즉시 통보해 주십시오.
- 자기 부담금을 지체 없이 지급해 주십시오.

귀하는 본 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다.
본 결정에 대해 이의 제기 방법은 본 승인서의 뒷면을 참조해 주십시오.

고객/공청회 사본

SAMPLE COPY

서비스 거부 권한: 신청 승인 시 해당 서비스를 수락할 의무가 없습니다. 서비스 거부를 선택할 수도 있습니다.

회의 권한: 회의를 열고 이 조치를 검토하실 수 있습니다. 회의를 원하시는 경우 가능한 빨리 요청하셔야 합니다. 회의에서 저희가 잘못된 결정을 한 것으로 확인되거나 귀하가 제공한 정보에 따라 저희 결정을 변경해야 할 경우 이에 따른 적절한 조치를 취하고 새로운 통지를 드릴 겁니다. 이 승인서의 앞면에 제공된 번호로 전화하거나 승인서 첫 페이지 상단에 열거된 주소로 회의 요청서를 작성해 송부하시면 됩니다. 이 번호는 회의 요청 전용 전화번호입니다. **본 절차는 공청회 신청 절차는 아닙니다.**

회의를 요청하셔도 공청회 자격은 여전히 유지됩니다. 담당부서 회의를 요청할 경우 공청회를 요청할 수 있는 권리에 영향을 주지 않습니다. 공청회 정보는 아래를 참조하십시오.

공청회 권한: 상기 조치가 잘못되었다고 판단될 경우 다음을 통해 주정부 공청회를 신청할 수 있습니다.

(1) **전화**: (전화하실 때는 본 승인서를 준비하십시오.) **1-800-342-3334**. **또는**

(2) **서신:** 아래 정보를 기입하고 서명한 후 "New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-193"로 우송해주십시오. **사본을 보관하십시오. 또는**

(3) **팩스**: 정보를 기입한 후 공청회 요청을 위해 본 승인서의 양면에 서명한 다음 (518) 473-6735 번으로 팩스를 보내주십시오. **또는**

(4) **온라인**: 공청회 요청을 온라인으로 신청하려면 http://www.otda.ny.gov/oah 를 방문하셔서 온라인 양식을 통해 공청회를 요청할 수 있는 링크를 클릭한 후 지시사항에 따라 해당 양식을 온라인으로 작성하여 제출하십시오.

이 통지서 날짜로부터 60 일 이내에 공청회 요청을 하셔야 합니다.

공청회 요청을 하는 경우 주에서 공청회의 시간과 장소를 알려드리는 통지서를 보내드립니다. 귀하에게는 법률 변호사, 친척, 친구 또는 다른 사람으로부터 변호를 받거나 자신을 변호할 권리가 있습니다. 공청회에서 귀하의 변호사 또는 대변인에게는 결정 조치를 취해야 하지 않는 이유를 보여주는 서면 또는 구술 증거를 제시하며 공청회에 참석한 모든 사람에게 질문을 할 수 있는 기회가 주어집니다. 또한 귀하는 귀하 편에서 얘기할 입회인을 동반할 권리가 있습니다. 귀하는 케이스 결정 심의에 도움이 될 만한 본 통지서, 급여 명세서, 영수증, 양육 청구서, 의료 청구서, 난방비 청구서, 의료 확인서, 서신 등과 같은 모든 서류를 공청회에 지참하시는 것이 좋습니다.

법률 자문: 법률적 도움이 필요하신 경우 인근 지역의 법률 지원단체(Legal Aid Society)나 기타 법정 보호 단체에 연락하셔서 도움을 받으실 수 있습니다. 인근 지역의 법률 지원단체나 법정 보호 단체는 전화 번호부의 "변호사(Lawyer)" 란을 참조하거나 본 승인서의 첫 페이지에 나와 있는 번호로 연락하시면 됩니다.

****

본인 파일 및 증빙서류 사본 이용: 공청회 준비 과정에서 귀하께서는 본인 케이스에 관련된 파일을 열람하실 권리가 있습니다. 저희 기관에 전화, 서면으로 신청하시면 귀하의 파일에 있는 서류의 사본을 무료로 보내드리며, 동일한 서류를 공청회 심리 사무관에게도 발송합니다. 증빙서류를 요청하시고자 하거나 본인 파일의 열람 방법을 알고 싶으시면 본 승인서 첫 페이지에 있는 기록 액세스 전화번호로 전화하거나 본 승인서 1 페이지 상단에 인쇄된 주소로 서면 제출해 주십시오. 또한 전화나 서면으로 요청하시면 공청회 준비에 필요한 기타 증빙 서류를 귀하의 파일에서 찾아 복사해 무료로 발송해 드립니다. 귀하의 케이스 파일에서 증빙 서류 사본을 원하시는 경우 미리 연락을 하셔야 공청회 전에 여유 있게 서류를 보내 드립니다. 우송을 원하는 주소를 정확하게 말씀해 주셔야 서류를 받아보실 수 있습니다.

중요 사항: 귀하의 케이스, 공청회 신청 방법, 본인의 파일 검토 방법 또는 증명서류의 추가 사본 입수 방법에 관해 자세한 정보를 원하시는 경우, 본 승인서 1 페이지 상단에 있는 전화번호로 연락하시거나 본 승인서 1 페이지에 인쇄된 주소로 서면 제출해 주십시오.

****

<u>공청회 요청</u>

☐ 공청회를 요청합니다. 담당부서의 조치에 동의하지 않습니다. (아래에 동의하지 않는 이유에 대해 명시하되, 서면 설명서를 포함할 필요는 없습니다.)

_____

_____

_____

이름: _____ 지역: _____

주소: _____ 케이스 번호: _____

_____ 전화번호: _____

SAMPLE COPY