OCFS-LDSS-4781 (修訂日期：2013 年 6 月)

紐約州

兒童和家庭服務辦公室

意欲變更兒童照護福利與家庭分攤支付的通知

通知 日期：	生效日期	機構/中心或區辦公室的名稱與地址
個案編號	CIN 編號	
個案名稱 (及 C/O 名稱，如果有) 與地址		
		如有疑問或需要協助時 的通用電話號碼
		或者 機構調解會 公平聽證會資訊與協助 記錄存取 法律協助資訊

辦公室號碼	單位號碼	工作人員號碼	單位名稱或工作人員姓名	工作人員電話號碼

本通知旨在通知您本機構意欲變更您的兒童照護福利。

變更包括： _____

註釋：

福利：

兒童：	**給此服務提供者：**	**付款金額為：***	**全職或兼職：**

付款金額可能因批准的活動變動與/或缺失而不同。

家庭分攤額。 您須負擔下列費用：

☐ 生效日期 _____，**每週家庭分攤費用**必須支付給 _____

金額為每週 $ _____。

☐ 生效日期 _____，**額外家庭分攤費用**必須支付給 _____

金額為每週 $ _____。

☐ 生效日期 _____，**法院裁定家庭分攤費用**必須支付給 _____

金額為每週 $ _____，適用於兒童 _____。

以下資訊說明如何確定您的每週家庭分攤額。

家庭每年總收入 $ _____

扣除如右所示之家庭人數對應的 100% 每年州收入標準金額 _____ $ _____

剩餘收入 $ _____

剩餘收入 $ _____ X 家庭分攤額 % _____ % = $ _____

$ _____ / 52 週 = $ _____ 每週家庭分攤額。

所有家庭分攤金額均四捨五入至最接近的 $0.50。 未收到 TA 的所有家庭都有每週 $1 的最低費用。

此行動之原因為： _____

本專案的適用法律和法規為： _____

您有權對此決定提出上訴。

請務必閱讀此份通知的背面，取得如何針對這項決定提出上訴的資訊

客戶/公平聽證會副本

SAMPLE ONLY

召開調解會的權利： 您可要求召開調解會，審核這些行動。 如果您希望舉行調解會，應儘快提出要求。 在調解會上，如果我們發現決定是錯誤的，或是鑒於您所提供的資訊而需要變更決定，我們會作出更正並給您新的通知。 您可透過本通知正面所列的電話號碼打電話給我們，或透過本通知第一頁上方列出的地址發出書面請求給我們，來要求召開調解會。 此號碼僅適用於要求召開調解會， **並非申請舉行公平聽證會的方法。 如果您要求召開調解會，仍然有權申請舉行公平聽證會。 如果您希望您的福利在做出公平聽證會的決定之前保持不變 (持續協助)，您必須以下述方式要求召開公平聽證會。 單純要求召開調解會無法讓您持續獲得福利。 要求召開機構調解會並不會影響您同時要求召開公平聽證會的權利。 請閱讀以下有關公平聽證會的資訊。**

召開公平聽證會的權利： 如果您認為以上行動有誤，您可以透過以下方式要求召開州公平聽證會：

(1) **電話**： (致電時請將本通知放在身邊備用) **1-800-342-3334。 或者**
(2) **寫信**： 填妥以下資訊，簽名並郵寄到 New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930。 **請自行保留一份副本。 或者**
(3) **傳真**： 填妥資訊，簽名並將此公平聽證會申請表的兩面傳真至 (518) 473-6735。 **或者**
(4) **線上**： 若要在線上傳送公平聽證會申請，請造訪 http://www.otda.ny.gov/oah，按一下連結，使用線上表單申請公平聽證會，然後依照指示完成並在線上提交表單。

您必須在本通知日期起 60 天內要求召開公平聽證會

如果您要求召開公平聽證會，州政府將會寄一份通知給您，通知您聽證會的時間與地點。 您有權請法律顧問、親屬、朋友或其他人代表您，或親自出席。 在聽證會現場，您、您的律師或其他代表人將有機會呈上書面與口頭證據來證明為什麼不應採取相關行動，也有機會向出席聽證會的任何人提問。 同時，您有權請對您有利的證人前來作證。 您應將可能對您個案有幫助的任何文件 (例如本通知、工資單、收據、兒童照護帳單、醫療鑑定、信件等) 帶去聽證會。

請勾選其中一項：

☐ **使得我的兒童照護福利保持不變。** 如果您要求在本通知生效日期之前召開公平聽證會，您的兒童照護福利將重新啟動並將保持不變，直到做出公平聽證會決定為止。 但是，如果您在公平聽證會上敗訴，您將會欠下任何您不應收到的兒童照護福利。 我們必須收回任何多支付的兒童照護費用。 我們必須向您索要您已收到但無權享有的任何兒童照護福利，其收取方法可能是從未來的兒童照護配發金額中扣除、一次付清、分期付款，或透過法律行動索要。 如果您想避免此可能性，您可以勾選下列方塊。 您也可以透過電話或信件指明您不要恢復您的兒童照護福利。

☐ **在做出聽證會決定之前，我不想要繼續獲得兒童照護福利。**

法律協助： 如果您需要免費法律服務，可以聯絡地方法律援助協會或其他倡導法律權益的團體，取得此等協助。 您可在電話簿黃頁的「律師」欄找到就近的法律援助協會或倡導法律權益的團體，也可以撥打本通知第一頁上指示的號碼尋找。

****

取用您的檔案及文件副本： 為幫助您為聽證會做好準備，您有權查閱您的個案檔案。 如果您致電或寫信給我們，我們會免費提供給您檔案中的文件副本；在公平聽證會上，我們會將這些文件提交給公平聽證官。 如欲索取文件或詢問如何查閱您的檔案，請撥打本通知第一頁上方列出的「記錄存取」電話號碼致電我們，或依照本通知第一頁上方印出的地址寫信給我們。 同時，如果您致電或寫信給我們，我們將免費提供給您檔案中您可能需要用於為公平聽證會做準備的其他文件副本。 如果需要您個案檔案的文件副本，您應該提前索取。 我們會在聽證會之前的合理時間內將這些文件提供給您。 **只在**您特別提出郵寄要求時，文件才會郵寄給您。

資訊： 如果您需要有關本案、如何要求召開公平聽證會、如何查閱您的檔案，或者如何取得文件的其他副本等詳細資訊，請撥打列於本通知第一頁上方的電話號碼致電我們，或依照本通知第一頁上方印出的地址寫信給我們。

****

要求召開公平聽證會

☐我希望舉行公平聽證會。 我不同意機構所採取的行動。 (您可在下方解釋為什麼您不同意，但不必非要附上書面說明。)

_____

_____

_____

_____

姓名： _____ 地區： _____

地址： _____ 個案編號： _____

_____ 電話： _____

SAMPLE ONLY

意欲變更兒童照護福利與家庭

分攤支付通知附錄 - 財務資格計算

生效日期：_____

個案名稱：_____

個案編號：_____

您為您的家庭分攤所支付的金額已從 _____ 變 _____

以下是用來計算您家庭收入的收入來源以及用來確定您家庭分攤額的計算方式。

請勾選以下資訊。 如果存在錯誤，請聯絡您的個案工作人員，列於本通知的第一頁。

您家庭的**每月總收入**由下列來源確定：		
☐	每月稅前薪資或薪水 (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i))，金額為：	$ 。
☐	每月社會安全 (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) 福利，金額為：	$ 。
☐	每月子女撫養費 (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi))，金額為：	$ 。
☐	*依紐約州規定 18 NYCRR §404.5(b)(5) 未列於以上表格中的每月其他收入，金額為：	$ 。
	您家庭的**每月總收入**：	$ 。

以下資訊說明如何確定您的每週家庭分攤額。

家庭每月總收入 $ _____ X 12 個月 = $ _____ 年收入

家庭每年總收入 $ _____

扣除如右所示之家庭人數對應的 100% 州收入標準金額 $ _____

剩餘收入 $ _____

剩餘收入 $ _____ X 家庭分攤 % _____ % = $ _____

$ _____ / 52 週 = $ _____ 每週家庭分攤額。

家庭人數	100% 每年州收入標準
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

對於超過 8 人的家庭，每增加一人應加上 $ _____。

*依紐約州規定 18 NYCRR 404.5(b)(5) 未列於以上表格中的其他收入定義 (但不限於) 如下： 非農業自雇淨收入，即總收入減去個人自有營業、專業企業或合夥關係的開支；或農業自雇的淨收入，即總收入減去依靠個人所經營公司、作為業主、承租人或佃農自營公司的營業開支；或來自不動產或信託的股息、利息 (包括存款或債券) 收入；淨出租收入或提成；公共援助 (PA) 或福利付款 (包括 PA 付款，例如 PA、SSI 與家庭救濟)；或退休金與年金 (包括支付給退休人員或其遺族的撫卹金或退休福利)；或失業救濟金、勞工賠償；或贍養費；或退伍軍人的退休金。

SAMPLE ONLY