

ESTAD DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
AVISO DE CAMBIO EN EL PAGO A PROVEEDORES

FECHA DEL AVISO: / /		FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: / /		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO O DE LA OFICINA DEL DISTRITO:	
NÚMERO DE CASO:		NÚMERO DE CIN:			
NOMBRE DEL CASO (y nombre de la persona a quien va dirigida la correspondencia si estuviera presente) Y DIRECCIÓN:				N.º DE TELÉFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O AYUDA: 0	
				ACCESO A LOS REGISTROS:	
N.º DE OFICINA:	N.º DE UNIDAD:	N.º DEL TRABAJADOR:	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR:	N.º DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR: () -	

A. Su elegibilidad para recibir asistencia para el cuidado infantil no ha cambiado; sin embargo, su proveedor de cuidado infantil seleccionado no es elegible, o ya no es elegible para prestar servicios de cuidado infantil financiados a través del programa de asistencia para el cuidado infantil. Para seguir recibiendo la asistencia para el cuidado infantil, debe elegir un nuevo proveedor de cuidado infantil que reúna los requisitos y avisar al distrito antes de (fecha) ____/____/____. Si no elige un nuevo proveedor y sigue recibiendo cuidado infantil de su proveedor actual, será responsable de los pagos a dicho proveedor a partir de la fecha indicada abajo. Su proveedor no es elegible o ya no es elegible para recibir pagos de asistencia para el cuidado infantil por el siguiente motivo:

Su proveedor de cuidado infantil **fue descalificado** para recibir pagos de asistencia para el cuidado infantil conforme con la reglamentación 18 NYCRR 415.4(h)(2)(i) a partir de (fecha) ____/____/____. Según la reglamentación 18 NYCRR 415.4(h)(2)(iii), un proveedor de cuidado infantil descalificado conforme a esta disposición queda descalificado para recibir pagos de asistencia para el cuidado infantil durante un mínimo de cinco años y deja de ser pagadero.

La elegibilidad de su *proveedor legalmente exento* para prestar servicios de cuidado infantil financiados por la Subvención en Bloque para el Cuidado Infantil del Estado de Nueva York (New York State Child Care Block Grant) fue **suspendida** por el distrito a partir de (fecha) ____/____/____ y **actualmente no es pagadera**.

Su *proveedor de servicios de cuidado infantil legalmente exento* ya **no está en estado pagadero** a partir de (fecha) ____/____/____. Para obtener más información, comuníquese con su agencia de inscripción local.

Su *proveedor de servicios de cuidado infantil autorizado o inscrito* ya **no está en estado pagadero** a partir de (fecha) ____/____/____. Para obtener más información, comuníquese con su oficina regional.

Su caso de asistencia para el cuidado infantil **no está financiado por la Subvención en Bloque para el Cuidado Infantil del Estado de Nueva York**, por lo que su *proveedor legalmente exento* no puede recibir pagos de asistencia para el cuidado infantil a partir de (fecha) ____/____/____.

Si quiere seguir recibiendo beneficios para el cuidado infantil, debe elegir un proveedor autorizado o inscrito.

Su *proveedor de servicios de cuidado infantil* queda **excluido** de recibir pagos de asistencia para el cuidado infantil a partir de (fecha) ____/____/____. El proveedor que usted eligió ha sido **rechazado para su caso de protección o prevención** porque el distrito considera que es perjudicial para la salud, la seguridad o el bienestar del niño recibir servicios de cuidado infantil de ese proveedor.

Su *proveedor de cuidado infantil* **no es elegible** para recibir pagos de asistencia de cuidado infantil para su caso porque se determinó que son parte de su **Unidad de Servicios de Cuidado Infantil** a partir de (fecha) ____/____/____.

Comentarios:

B. La agencia puede volver a pagar a su proveedor porque:

Su *proveedor legalmente exento*, quien previamente no estaba en estado pagadero, ahora está nuevamente en estado pagadero. Su proveedor **es elegible** para la atención prestada a partir de (fecha) ____/____/____, por las cantidades de la **Sección D**.

Su *proveedor autorizado o inscrito*, quien previamente no estaba en estado pagadero, ahora está nuevamente en estado pagadero. Su proveedor **es elegible** para el cuidado proporcionado a partir de (fecha) ____/____/____, por las cantidades que se muestran en la **Sección D**.

Comentarios:

C. La cantidad de pago por asistencia para el cuidado infantil ha cambiado según se describe en la Sección D abajo. Su elegibilidad para asistencia para el cuidado infantil seguirá hasta (fecha) ____ / ____ / ____.

La cantidad de su pago ha cambiado por el siguiente motivo:

Se han emitido nuevas tarifas de mercado, vigentes a partir de (fecha) ____ / ____ / ____.

El porcentaje de tarifa de **pago diferencial** para los proveedores ha cambiado de ____ a ____, vigente a partir de (fecha) ____ / ____ / ____.

La **tarifa de mercado mejorada** cambió de ____ a ____, vigente a partir de (fecha) ____ / ____ / ____.

Usted avisó a la agencia de un **cambio en su proveedor** el (fecha) ____ / ____ / ____.

La agencia recibió un aviso de un **cambio en las tarifas de su proveedor**, vigentes a partir de (fecha) ____ / ____ / ____.

Su proveedor **ya no es elegible** para una tarifa de pago diferencial o una tarifa mejorada.

Su proveedor es **elegible ahora** para una tarifa de pago diferencial.

Su proveedor es **elegible ahora** para una tarifa mejorada.

Otro:

Comentarios:

D. Sus beneficios aprobados

Niño(s):	Para este proveedor:	Por la cantidad de:*	Tiempo completo o tiempo parcial:

**Los pagos reales pueden variar según lo permitan las reglamentaciones.*

Los beneficios se pagarán: Directamente a usted Directamente a su proveedor

Su proveedor de cuidado infantil debe enviar una factura y hoja de asistencia a su distrito de servicios sociales local.

La(s) LEY(ES) O REGLAMENTACION(ES) que nos permite(n) hacer esto es/son:

No hay derecho a una audiencia imparcial por los cambios descritos en este aviso.

Para obtener más información, comuníquese con la agencia en el número de teléfono indicado en la parte superior de la primera página.

Para avisar al distrito de un nuevo proveedor, consulte la página siguiente.

ESTADO DE NEW YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

ADJUNTO A
INFORMACIÓN DEL NUEVO PROVEEDOR

Para avisar a la agencia sobre un nuevo proveedor, use una de las siguientes opciones lo mejor que pueda:

1. Llamando por teléfono: () - - -
2. Enviando por correo el Adjunto A a:
3. Enviando el Adjunto A de manera electrónica a: _____ Por: _____ / _____ / _____.

Información de la familia			
Nombre: Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Sufijo:
Número de caso:		Fecha de nacimiento: / /	
Teléfono: ()		Dirección de correo electrónico:	
Dirección: Número de la calle:	Nombre de la calle:	N.º de Apto.:	Piso:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
Dirección postal: Número de la calle: <input type="checkbox"/> La misma que arriba	Nombre de la calle/Casilla postal:		N.º de Apto.:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:

Información del proveedor:			
Nombre: Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Sufijo:
Nombre comercial:		Fecha de nacimiento: / /	
Teléfono del centro:		Dirección de correo electrónico:	
Dirección: Número de la calle:	Nombre de la calle:	N.º de Apto.:	Piso:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
Dirección postal: Número de la calle: <input type="checkbox"/> La mismo que arriba	Nombre de la calle/casilla postal:		N.º de Apto.:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:

Programa de cuidado infantil							
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Entrada	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Recogida	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM