

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК

УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ СЕМЬИ И ДЕТЕЙ (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

ОДОБРЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ

ДАТА УВЕДОМЛЕНИЯ		ДАТА УСТАНОВЛЕНИЯ СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ		НАЗВАНИЕ И АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ / ЦЕНТРА ИЛИ РАЙОННОГО ОФИСА	
НОМЕР ДЕЛА		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (CIN)			
ИМЯ, ФАМИЛИЯ И АДРЕС КЛИЕНТА (и имя, фамилия адресата, если есть)				ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ ДЛЯ ОБРАЩЕНИЯ С ВОПРОСАМИ ИЛИ ЗА ПОМОЩЬЮ	
				ИЛИ для назначения собеседования в учреждении	
				для получения информации и помощи относительно объективного разбирательства 1-800-342-3334	
				для доступа к документам	
				для получения информации о юридической помощи	
№ ОФИСА	№ ОТДЕЛЕНИЯ	№ СОТРУДНИКА	НАИМЕНОВАНИЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ИЛИ ИМЯ СОТРУДНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА СОТРУДНИКА	

Ваше заявление от _____ на получение пособия по уходу за ребенком одобрено. Вы соответствуете критериям получения пособия по уходу за ребенком, предоставляемого с _____ по _____, пока Вы _____.

Примечания:

ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА ПРОВЕДЕНИЕ СОБЕСЕДОВАНИЯ И/ИЛИ РАЗБИРАТЕЛЬСТВА, ЧТОБЫ ОБЖАЛОВАТЬ ДАННОЕ РЕШЕНИЕ. НА ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ ПРИВЕДЕНА ИНФОРМАЦИЯ О ТОМ, КАК ПОТРЕБОВАТЬ ПРОВЕДЕНИЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ И/ИЛИ РАЗБИРАТЕЛЬСТВА, ЧТОБЫ ОБЖАЛОВАТЬ ДАННОЕ РЕШЕНИЕ.

ПОСОБИЕ. Выплаты будут осуществляться в интересах указанных ниже лиц.

Ребенок (дети):	Данным поставщикам услуг:	В сумме*:	Полная или частичная неделя:

* Выплаты могут варьироваться в зависимости от изменений в Вашей утвержденной деятельности и (или) Вашего отсутствия на рабочем месте.

Пособия будут выплачиваться: Непосредственно Вам. Непосредственно Вашему поставщику услуг.

Ваш поставщик услуг по уходу за детьми обязан предоставить чек и лист посещаемости в местное отделение социальных служб.

СЕМЕЙНЫЙ ВЗНОС. Вы несете ответственность за уплату нижеуказанных взносов.

- Дата: _____. **Еженедельный семейный взнос** подлежит уплате _____
в размере \$ _____ в неделю.
- Дата: _____. **Дополнительный семейный взнос** подлежит уплате _____
в размере \$ _____ в неделю.
- Дата: _____. **Семейный взнос по решению суда** подлежит уплате _____
в размере \$ _____ в неделю за ребенка (детей) _____.

Ниже приведена информация о методе определения Вашего еженедельного семейного взноса.

Годовой валовой доход семьи \$ _____
Минус 100 % годового стандартного дохода, _____ \$
Оставшаяся сумма дохода \$ _____
Оставшаяся сумма дохода \$ _____ X семейный взнос, % _____ % = \$ _____
\$ _____ / 52 недели = \$ _____ еженедельный семейный взнос

Все суммы семейных взносов следует округлять до 0,50 доллара. Минимальная сумма семейного взноса должна составлять не менее 1 доллара в неделю. Лица, которые получают временное пособие, не имеют жилья или получают услуги по уходу за ребенком на патронатном воспитании, не обязаны выплачивать данные взносы.

Для продолжения получения пособия необходимо выполнять следующие обязанности.

- Незамедлительно уведомляйте своего координатора о любых изменениях дохода членов семьи, проживающих в Вашем доме, изменениях в отношении трудоустройства, организации ухода за ребенком или о любых других изменениях, которые могут отразиться на Вашем соответствии критериям получения пособия или на размере Вашего пособия.
- Своевременно выплачивайте любые причитающиеся с семьи доли оплаты.

Мы действуем в соответствии со следующими ЗАКОНАМИ И (ИЛИ) ПРАВИЛАМИ:

КОПИЯ ДЛЯ КЛИЕНТА/ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА

SAMPLE

ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ИЛИ ОТКАЗ ОТ УСЛУГ. Одобрение Вашего пособия не обязывает Вас принимать услуги. Если Вы решите отказаться от услуг, свяжитесь с местным отделением социальных служб.

Если вы не согласны с решением вашего местного отделения Департамента социальных служб, вы можете потребовать проведения собеседования и/или объективного разбирательства.

1. **СОБЕСЕДОВАНИЕ:** Вы имеете право потребовать пересмотра этого решения в рамках собеседования в местном отделении Департамента социальных служб. Если вы заинтересованы в проведении собеседования, вам следует запросить его КАК МОЖНО СКОРЕЕ, поскольку результат собеседования может повлиять на ваше решение запросить проведение объективного разбирательства. В ходе собеседования вы можете предоставить информацию, подтверждающую ваше мнение о том, что решение, принятое данным учреждением, было неверным.

Вы можете запросить проведение собеседования следующими способами:

(1) **позвонив по номеру** _____ (ВО ВРЕМЯ РАЗГОВОРА СЛЕДУЕТ ИМЕТЬ ПРИ СЕБЕ НАСТОЯЩЕЕ УВЕДОМЛЕНИЕ);

(2) **по почте:** Поставьте галочку в окошке ниже и отправьте данное уведомление по адресу _____
Сохраните копию настоящего уведомления.

Прошу провести собеседование. Я не согласен(-на) с решением данного учреждения. Вы можете пояснить причины своего несогласия на отдельном листе бумаги, но вы не обязаны предоставлять письменное пояснение.

2. **ОБЪЕКТИВНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО:** Вы имеете право на проведение в местном отделении Департамента социальных служб объективного разбирательства для пересмотра принятого решения. Если вы хотите, чтобы было проведено объективное разбирательство, то на подачу запроса у вас есть 60 ДНЕЙ с ДАТЫ УВЕДОМЛЕНИЯ, указанной на лицевой стороне данного документа, чтобы подать требование. Вы можете запросить объективное разбирательство, не требуя собеседования.

Вы можете запросить проведение объективного разбирательства следующими способами:

(1) **позвонив по номеру:** 1-800-342-3334 (ВО ВРЕМЯ РАЗГОВОРА СЛЕДУЕТ ИМЕТЬ ПРИ СЕБЕ НАСТОЯЩЕЕ УВЕДОМЛЕНИЕ);

(2) **Через интернет:** Чтобы отправить запрос на проведение объективного разбирательства через Интернет, посетите страницу <http://otda.ny.gov/hearings/>, воспользуйтесь ссылками на онлайн-форму соответствующего запроса и следуйте инструкциям по заполнению и отправке этой формы.

(3) **По почте:** Поставьте галочку в окошке, заполните форму ниже и отправьте письмо по адресу: New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. Сохраните копию уведомления у себя.

(4) **По факсу:** Поставьте галочку в окошке, заполните форму ниже и отправьте обе стороны этой формы по факсу: (518) 473-6735.

Я хочу, чтобы было проведено объективное разбирательство. Я не согласен(-на) с решением данного учреждения. Вы можете пояснить причины своего несогласия на отдельном листе бумаги, но Вы не обязаны предоставлять письменное пояснение.

Имя и фамилия: _____ Район: _____

Адрес: _____ Номер дела: _____

Номер телефона: _____

Если Вы подадите запрос о проведении объективного разбирательства, органы власти штата вышлют Вам уведомление о времени и месте его проведения. Вы имеете право привлечь в качестве своего представителя адвоката, родственника, знакомого или другое лицо либо можете выступать самостоятельно. В ходе разбирательства Вы, Ваш адвокат или другой представитель будут иметь возможность представить письменные и устные доказательства причин, по которым данное решение не должно быть вынесено, а также возможность опросить любых лиц, присутствующих на разбирательстве. Вы также имеете право вызвать свидетелей, которые выступят в Вашу поддержку. С собой следует принести все документы, которые могут быть полезны при рассмотрении Вашего дела, включая настоящее уведомление, квитанции о начислении заработной платы, платежные квитанции, счета за услуги по уходу за ребенком, результаты медицинских обследований, письма и т. д.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ: Если вам нужна бесплатная юридическая помощь, вы можете обратиться в местное Общество юридической помощи (Legal Aid Society) или в другую общественную группу юридической поддержки. Контактная информация ближайшего Общества юридической помощи или общественной группы юридической поддержки приведена в разделе «Адвокаты» (Lawyers) телефонного справочника Yellow Pages. Кроме того, вы можете позвонить по телефону, указанному на первой странице данного уведомления.

ДОСТУП К МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА И КОПИЯМ ДОКУМЕНТОВ: В процессе подготовки к слушанию вам предоставляется право ознакомиться с материалами дела. Обращайтесь по телефону или пишите нам, и вам будут бесплатно высланы копии документов из вашего дела, которое будет передано арбитру для объективного разбирательства. Чтобы запросить документы или узнать, как ознакомиться с материалами дела, позвоните в службу доступа к документам по телефону, указанному в верхней части первой страницы данного уведомления, или напишите нам по адресу, напечатанному в верхней части первой страницы данного уведомления. Кроме того, если вы позвоните или напишете нам, вам бесплатно вышлют копии других документов из вашего дела, которые могут вам понадобиться для подготовки к объективному разбирательству. Если вам нужны копии документов по вашему делу, следует запросить их заранее. Они будут предоставлены вам в разумные сроки до даты проведения слушания. Документы будут отправлены вам по почте **только** в том случае, если вы попросите об этом.

ИНФОРМАЦИЯ. Если вы хотите получить дополнительную информацию о своем деле, о том, как подать заявление о проведении собеседования или объективного разбирательства, как ознакомиться с материалами своего дела или получить дополнительные копии документов, звоните/пишите по телефону/адресу, указанному на стр. 1 настоящего уведомления.