

**УВЕДОМЛЕНИЕ О НАМЕРЕНИИ ИЗМЕНИТЬ ПОСОБИЕ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ И СЕМЕЙНЫЕ ВЗНОСЫ**

ДАТА УВЕДОМЛЕНИЯ		ДАТА ИЗМЕНЕНИЯ ПОСОБИИ		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 ОБРАЩЕНИЯ С ВОПРОСАМИ ИЛИ ЗА ПОМОЩЬЮ	
				ИЛИ для назначения собеседования в учреждении	
				для получения информации и помощи относительно объективного разбирательства <b>1-800-342-3334</b>	
				за доступом к документам	
				для получения информации о юридической помощи	
№ ОФИСА	№ ОТДЕЛЕНИЯ	№ СОТРУДНИКА	НАИМЕНОВАНИЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ИЛИ ИМЯ СОТРУДНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА СОТРУДНИКА	

Данная организация намерена изменить Ваше пособие по уходу за ребенком. Вам прекратят выплачивать текущее пособие и начнут выплачивать новое. Ваше текущее пособие будет включать услуги, предоставляемые по

Выплата Вам нового пособия начнется в момент предоставления услуг по уходу за ребенком, предоставляемых с

по \_\_\_\_\_.

Изменения заключаются в следующем: \_\_\_\_\_

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.**

**ПОСОБИЯ**

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.

**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, установленного в штате для семьи размером (кол-во человек):	\$ _____	
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.

Причина данного действия: \_\_\_\_\_

Мы действуем в соответствии со следующим(и) ЗАКОНОМ(АМИ) И (ИЛИ) ПРАВИЛОМ(АМИ):

**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. Если Вы заинтересованы в проведении объективного разбирательства и в том, чтобы до вынесения решения по результатам объективного разбирательства Ваши пособия оставались без изменений (выплаты пособия продолжались), Вам следует направить запрос на проведение объективного разбирательства до ДАТЫ ИЗМЕНЕНИЯ ПОСОБИЯ, которая указана на лицевой стороне данного уведомления. В случае если вы запросите только проведение собеседования, выплаты пособия продолжаться не будут. 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 телефону:** \_\_\_\_\_ (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. Если Вы хотите, чтобы до вынесения решения по результатам объективного разбирательства Ваше пособие оставалось без изменений, Вам следует направить запрос на проведение объективного разбирательства до ДАТЫ ИЗМЕНЕНИЯ ПОСОБИЯ, которая указана на лицевой стороне данного уведомления. Вы не должны направлять запрос на проведение собеседования до того, как будет отправлен запрос на проведение объективного разбирательства.

Вы можете подать запрос на то, чтобы Вам продолжали выплачивать пособие до вынесения решения по результатам объективного разбирательства. Если Вы подадите запрос на то, чтобы Вам продолжали выплачивать пособие до вынесения решения по результатам объективного разбирательства, но решение по результатам объективного разбирательства будет принято не в Вашу пользу, то Вы получите переплату. Местное отделение Департамента социальных служб будет вынуждено возместить сумму переплаты, уменьшив сумму пособия, которая должна быть выплачена вам в будущем, либо потребовав возмещения путем единовременной выплаты всей суммы или путем регулярных платежей, либо иным путем, обратившись в суд.

**Вы можете запросить проведение объективного разбирательства следующими способами:**

- (1) **Позвонив по телефону:** 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 и заполните форму ниже. 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 настоящего уведомления.
- (4) **По факсу:** Поставьте галочку и заполните форму ниже. Отправьте обе стороны данной 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.

**Выберите один из вариантов.**

Прошу **НЕ ИЗМЕНЯТЬ** мое пособие по уходу за ребенком до вынесения решения по результатам объективного слушания.

Прошу изменить мое пособие по уходу за ребенком с даты закрытия дела, указанной в данном уведомлении, до вынесения решения по результатам объективного разбирательства.

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Район: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Номер дела: \_\_\_\_\_

Номер \_\_\_\_\_

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 выступают 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 номеру/адресу, указанному вверху стр. 1 настоящего уведомления.

## ПРИЛОЖЕНИЕ К УВЕДОМЛЕНИЮ О НАМЕРЕНИИ ИЗМЕНИТЬ ПОСОБИЯ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ И СЕМЕЙНЫЕ ВЗНОСЫ: РАСЧЕТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СООТВЕТСТВИЯ ПО МАТЕРИАЛЬНОМУ ПОЛОЖЕНИЮ

Дата вступления в силу: \_\_\_\_\_  
 Имя и фамилия клиента: \_\_\_\_\_  
 Номер дела: \_\_\_\_\_

Сумма, которую вы уплачиваете в качестве семейного взноса, изменена с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

Ниже указаны источники дохода, которые использовались при расчете дохода Вашей семьи, и расчеты, которые применялись для определения Вашего семейного взноса.

Пожалуйста, проверьте правильность приведенной ниже информации. Если в ней содержатся ошибки, обратитесь к социальному работнику, ответственному за ваше дело. Его имя указано на первой странице данного уведомления.

Месячный валовой доход вашей семьи был рассчитан, исходя из следующих данных:			
<input type="checkbox"/>	Заработная плата (раздел 18, параграф 404.5(b)(5)(i) Свода законов и правил штата Нью-Йорк (New York Codes, Rules and Regulations, NYCRR)) до уплаты налогов составила:	\$ _____	в месяц.
<input type="checkbox"/>	Социальное пособие (раздел 18, параграф 404.5(b)(5)(iv) Свода законов и правил штата Нью-Йорк (New York Codes, Rules and Regulations, NYCRR)) составило:	\$ _____	в месяц.
<input type="checkbox"/>	Пособие по уходу за ребенком (раздел 18, параграф 404.5(b)(5)(xi) Свода законов и правил штата Нью-Йорк (New York Codes, Rules and Regulations, NYCRR)) составило:	\$ _____	в месяц.
<input type="checkbox"/>	* Прочий доход, не указанный выше, в соответствии со Сводом законов и правил штата Нью-Йорк, раздел 18 NYCRR, параграф 404.5(b)(5) составил:	\$ _____	в месяц.
<b>Совокупный месячный валовой доход</b> Вашей семьи:		<b>\$ _____</b>	<b>в месяц.</b>

Ниже приведена информация о методе определения Вашего еженедельного семейного взноса.			
	Общий месячный валовой доход семьи	\$ _____	X 12 месяцев = \$ _____
	Годовой валовой доход семьи	\$ _____	Годовой доход
Минус 100 % стандартного дохода, установленного	\$ _____		
	Оставшаяся сумма дохода	\$ _____	
	Оставшаяся сумма дохода	\$ _____	X семейный взнос, % _____ % = \$ _____
	\$ _____ / 52 недели =	\$ _____	еженедельный семейный взнос

Размер семьи	100 % стандартного годового дохода, установленного в штате
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Для семей, состав которых более 8 человек, прибавляется \$ \_\_\_\_\_ на каждого дополнительного члена семьи.

\* Прочий доход, не указанный выше и определяемый в соответствии со Сводом законодательных и нормативных актов штата Нью-Йорк (NYCRR), раздел 18, параграф 404.5(b)(5), включает следующие выплаты, но не ограничивается ими: чистый доход от индивидуального предпринимательства в несельскохозяйственном секторе, то есть валовая выручка минус затраты на ведение собственного дела, предпринимательской деятельности или партнерства; чистый доход от индивидуального предпринимательства в сельскохозяйственном секторе, то есть валовая выручка минус операционные затраты на деятельность фирмы, понесенные лицом за свой счет в качестве хозяина, арендатора или исполщика, либо дивиденды или проценты (по вкладам или ценным бумагам), доход от недвижимого имущества или доверительной собственности, чистый доход от сдачи в аренду или по авторским правам, государственное пособие (public assistance, PA) или денежные дотации, включающие государственные выплаты, такие как PA, дополнительный социальный доход (SSI) и пособия на уплату ипотечных взносов, или пенсии и аннуитет, в том числе пенсионные или выходные пособия, выплачиваемые при уходе с работы или потере кормильца; пособие по безработице, компенсационные выплаты работникам; алименты; выплаты ветеранам.