

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

**NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE CAMBIAR BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL Y
 PAGOS DE CUOTAS FAMILIARES**

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN / /		FECHA EFECTIVA DEL CAMBIO / /		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (Y C/O Nombre si Presente) Y DIRECCIÓN				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
				O Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales Acceso a Registros Información sobre Asistencia Legal	

1-800-342-3334

NO. DE LA OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR	NOMBRE DE LA UNIDAD O DEL TRABAJADOR	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR)
-------------------	---------------	-------------------	--------------------------------------	---------------------------------

Esta agencia intenta cambiar su beneficio de cuidado infantil. Su beneficio actual terminará, y un nuevo beneficio empezará. Su beneficio actual incluirá servicios provistos hasta el ____ / ____ / ____ El nuevo beneficio empezará con los servicios de cuidado infantil provistos desde el ____ / ____ / ____ hasta el ____ / ____ / ____.

Los cambios son: _____

Comentarios:

**USTED TIENE EL DERECHO A UNA CONFERENCIA Y/O AUDIENCIA IMPARCIAL PARA APELAR ESTA DECISION.
 LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE CÓMO SOLICITAR UNA CONFERENCIA Y/O AUDIENCIA PARA APELAR ESTA DECISIÓN.**

BENEFICIOS:

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

**Los pagos actuales pueden variar según permita el reglamento.*

PAGOS FAMILIARES. Usted es responsable por pagar las siguientes cuotas:

- A partir del ____ / ____ / ____ , una **Cuota Familiar Semanal** debe pagarse a _____ en la cantidad \$ _____ por semana.
- A partir del ____ / ____ / ____ , una **Pago Adicional** debe pagarse a _____ en la cantidad de \$ _____ por semana para recuperar el sobrepago.
- A partir del ____ / ____ / ____ , un **Pago Ordenado por un Tribunal** debe pagarse a _____ en la cantidad de \$ _____ por semana, para los niños _____.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su cuota familiar.

Ingreso bruto anual de la familia \$ _____
 Menos el 100% del ingreso estatal estándar anual para una familia del tamaño de _____ \$ _____
 Ingreso restante \$ _____
 Ingreso restante \$ _____ X % de la cuota familiar 1% = \$ _____
 \$ _____ / 52 semanas = \$ _____ cuota semanal de la familia.

Todas las cantidades de las cuotas familiares se las redondea a la cifra más próxima a \$0.50. Hay una cuota mínima de \$1 por semana. Esta cuota se dispensa o exonera para aquellas familias que están recibiendo Asistencia Temporal, están experimentando desamparo, o cuando esa asistencia se proporciona a un niño en la que la unidad de servicios de cuidado infantil está compuesta solo de niños elegibles. Esta cuota también se dispensa para aquellos recibiendo cuidado infantil como servicios de protección, servicios de prevención o para un niño en el sistema de cuidado de crianza.

La razón de esta acción es: _____

La(s) LEY(YES) Y/O REGULACIÓN(ES) que permite(n) hacer esto es/son:

Si usted está en desacuerdo con la decisión del departamento local de servicios sociales, usted puede solicitar una conferencia y/o una audiencia imparcial.

1. **CONFERENCIA:** Usted tiene el derecho a una conferencia con su departamento local de servicios sociales para revisar la determinación. Si usted desea una conferencia, usted debería solicitar una LO MÁS PRONTO POSIBLE, porque el resultado de la conferencia puede que impacte su decisión de solicitar una audiencia imparcial. Si desea una audiencia imparcial y sus beneficios de cuidado infantil permanecen sin alterarse (que la ayuda continúe), hasta que se emita la decisión de la audiencia imparcial, usted debe solicitar una audiencia imparcial antes de la FECHA EFECTIVA DEL CAMBIO DE BENEFICIOS indicada en la primera página de esta notificación. Una solicitud para una conferencia solamente no resultará en la continuación de sus beneficios. En la conferencia, usted puede presentar información para demostrar por qué usted cree que la acción de la agencia no es correcta.

Usted puede solicitar una conferencia:

(1) **Llamando al:** () - (POR FAVOR TENGA ESTA NOTIFICACIÓN CONSIGO CUANDO LLAME).

(2) **Escribiendo al:** Marque la casilla de abajo y envíe a _____.

Por favor guarde una copia para usted.

- Deseo una conferencia. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. Usted puede explicar en un documento separado por qué está en desacuerdo, pero usted no tiene que incluir una explicación por escrito.

2. **AUDIENCIA IMPARCIAL:** Usted tiene el derecho a una audiencia imparcial para apelar la determinación del departamento local de servicios sociales. Si desea una audiencia imparcial, usted tiene 60 DIAS desde la FECHA DE LA NOTIFICACIÓN, localizada en la primera página, para hacer la solicitud. Si usted no desea que sus beneficios de cuidado infantil cambien hasta que se emita la decisión de la audiencia imparcial, usted debe solicitar una audiencia imparcial antes de la FECHA EFECTIVA DEL CAMBIO DEL BENEFICIO indicada en la primera página de esta notificación. Usted no tiene que solicitar una conferencia antes de solicitar una audiencia imparcial.

Usted puede solicitar que se mantengan sus beneficios de cuidado infantil sin cambio alguno hasta que se emita la decisión de la audiencia imparcial. Si usted solicita que su beneficio no cambie hasta que se emita la decisión de la audiencia imparcial y usted pierde la audiencia imparcial, usted habrá recibido pagos en exceso. El departamento local de servicios sociales intentará recobrar el sobrepago reduciendo sus futuros beneficios de cuidado infantil, recuperando el pago ya sea en una suma global o estableciendo pagos a plazos, o a través de acciones legales.

Usted puede solicitar una audiencia imparcial:

(1) **Llamando por teléfono: 1-800-342-3334** (POR FAVOR TENGA CONSIGO ESTA NOTIFICACION CUANDO LLAME).

(2) **Por correo electrónico:** Para enviar su solicitud en línea, visite <https://otda.ny.gov/hearings/> y haga un clic en los enlaces para solicitar una audiencia imparcial utilizando el formulario en línea y siguiendo las instrucciones para completar y presentar el formulario en línea.

(3) **Escribiendo:** Marque la casilla, complete la información a continuación y envíela por correo a New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. Por favor guarde una copia para usted.

(4) **Por facsímil:** Marque la casilla y complete la información a continuación. Envíe ambos lados de este formulario a **(518) 473-6735**.

- Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. Usted puede explicar la razón por la que está en desacuerdo en un documento separado, pero no tiene que incluir una explicación por escrito.

Seleccione uno:

- NO cambie** mi beneficio de cuidado infantil hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial
- Cambie** mi beneficio de cuidado infantil en la fecha efectiva indicada en esta notificación, pendiente de la decisión de la audiencia imparcial.

Nombre: _____

Distrito: _____

Dirección: _____

Número de Caso: _____

Número de Teléfono: () - _____

Si usted solicita una audiencia imparcial, el estado le enviará una notificación que le indicará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado por un abogado, un pariente, un amigo u otra persona, o puede representarse a sí mismo. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita u oral para explicar la razón por la que usted cree que no debería tomarse la determinada acción; similarmente, tendrá la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se presente a la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debería traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talones salariales, recibos, facturas de cuidado de niños, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted cree que necesita asistencia legal gratuita, usted puede obtener esa ayuda poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad u otro grupo de abogacía legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o a un grupo de abogacía haciendo una búsqueda en Internet utilizando palabras claves tales como su condado de residencia y "Legal Aid Society" o "advocate group", o buscando en Internet o las Páginas Amarillas o "Yellow Pages" bajo la sección de "Lawyers" (abogados), o llamando al número indicado en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO/REGISTRO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar el archivo/registro de su caso. Si usted nos llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de los documentos de su archivo/registro que proporcionaremos al funcionario de la audiencia para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo/registro, llámenos al número de teléfono de Acceso a Registros que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección impresa que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación. También, si usted llama o nos escribe, le proveeremos copias gratuitas de otros documentos de su archivo los que puede que necesite para prepararse para su audiencia imparcial. Si usted desea copias de algunos documentos del archivo de su caso, usted debería pedirlos con anticipación. Estas se le enviarán dentro de un tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán **solamente** si usted especifica el deseo de que se los envíe.

INFORMACION: Si desea más información acerca de su caso, cómo solicitar una conferencia o audiencia imparcial, cómo revisar su archivo/registro o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que aparecen en la parte superior de la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

ANEXO DE LA NOTIFICACION DEL INTENTO DE CAMBIAR BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL Y PAGOS DE LA CUOTA FAMILIAR-CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____ / _____ / _____
 Nombre del Caso: _____
 Número del Caso: _____

La cantidad que usted paga para la cuota de su familia ha cambiado _____ a _____.

Abajo están los recursos de ingreso utilizados para calcular el ingreso de su familia y el cálculo utilizado para determinar su cuota familiar.

Por favor verifique la información de abajo. Si hay un error, contacte a su trabajador listado en la primera página de esta notificación.

El ingreso mensual bruto de su familia fue determinado por los siguientes recursos:		
<input type="checkbox"/>	Sueldo o salario (18 NYCRR § 404.5(b)(5)(i)) antes de impuestos en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (18 NYCRR §404.5(b)(5)(iv)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	Manutención Infantil (18 NYCRR §404.5(b)(5)(xi)) en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
<input type="checkbox"/>	*Otro ingreso no indicado arriba, como se define en la regulación del estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____ al mes.
El ingreso total mensual bruto de su familia:		\$ _____ al mes.

La siguiente información es una explicación de cómo se determinó su cuota familiar semanal.		
Ingreso total mensual bruto de la familia	\$ _____	X 12 meses = \$ _____ ingreso anual
Ingreso bruto anual de la familia	\$ _____	
Menos el 100% del ingreso estatal estándar para una familia de _____	\$ _____	
Ingreso restante	\$ _____	
Ingreso restante	\$ _____	X % cuota familiar 1% = \$ _____
\$ _____ / 52 semanas =	\$ _____	cuota familiar semanal.

Tamaño de la Familia	100% del Ingreso Estatal Estándar Anual
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Para familias con más de 8 personas, aumente \$ _____ para cada persona adicional.

**Otro ingreso no listado arriba y definido en la regulación del estado de Nueva York 18 NYCRR 404.5(b)(5) se define como, pero no se limita a: ingreso neto de autoempleo no agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos del negocio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto por autoempleo agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una granja por cuenta propia, como propietario, inquilino o aparcerero; o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros u bonos) de estados o fideicomisos, ingreso neto por alquiler o regalías; asistencia pública (PA) o pagos de bienestar social (incluyendo pagos de PA tales como ADC, SSI y relevo en el hogar. Nota: Los beneficios del SSI recibidos por un niño en la unidad de servicios de cuidado infantil no cuentan como ingreso); o pensiones y anualidades (incluyendo pensiones o beneficios por retiro pagados a una persona retirada o a sus sobrevivientes); o compensación por desempleo; compensación del trabajador; pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.*