

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

APROBACIÓN DE SUS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL EN TRANSICIÓN

| | | | | |
|--|--|----------------|--|--|
| FECHA DE LA NOTIFICACIÓN | | FECHA EFECTIVA | NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DISTRITAL | |
| NUMERO 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 | |
| | | | <input type="checkbox"/> Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias 1-800-342-3334 Acceso a Registros Información sobre Asistencia Legal | |

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

Sus beneficios de cuidado infantil en transición han sido aprobados. Usted es elegible para recibir beneficios de servicios de cuidado infantil provistos desde el ____ / ____ / ____ hasta el ____ / ____ / ____ mientras usted esté trabajando.

Comentarios:

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

BENEFICIOS Se proveerán pagos en nombre de las siguientes personas:

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

**El pago puede variar según el reglamento lo permita.*

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

Su proveedor debe presentar una cuenta y una hoja de asistencia a su departamento local de servicios sociales.

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

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

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 redondean a la cifra más cerna 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 están recibiendo beneficios de cuidado infantil o cuando esa asistencia se proporcione 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 temporal.

Para continuar recibiendo beneficios, estas son sus responsabilidades:

- Notifique a su trabajador de caso inmediatamente sobre cualquier aumento en el ingreso de la familia que exceda el 85% del ingreso estatal medio o cualquier cambio relacionado a la persona que vive en su hogar, empleo, arreglos de cuidado infantil u otros cambios que puede que afecten su elegibilidad continua o la cantidad de su beneficio.
- Pagar con prontitud cualquier porción familiar requerida.

La(s) LEY/LEYES Y/O REGULACIÓN/REGULACIONES que nos permite(n) hacer esto es/son:

COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

DERECHO A ACEPTAR O RECHAZAR SERVICIOS: La aprobación de sus beneficios no le obliga a aceptar los servicios. Usted puede elegir rechazar los servicios contactándose con su departamento local de servicios sociales.

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 su beneficio de cuidado infantil permanece sin cambio alguno (la ayuda continúa) hasta que se emita la decisión de la audiencia imparcial, usted debe solicitar una audiencia imparcial antes de la FECHA EFECTIVA 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 CONSIGO ESTA NOTIFICACION 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 indicada en la primera página de esta notificación. Usted puede solicitar una audiencia imparcial sin solicitar una conferencia.

Usted puede solicitar que se mantengan sus beneficios de cuidado infantil sin cambios 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 recuperar el sobrepago ya sea reduciendo sus futuros beneficios de cuidado infantil, cobrando una suma global o estableciendo pagos a plazos o mediante acciones legales.

Usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal:

(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 <http://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 y complete la información de abajo. Envíela por correo a la 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 de abajo. 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 un grupo de abogacía haciendo una búsqueda en Internet usando palabras claves tales como el nombre del condado donde usted reside y "Legal Aid Society" o "advocate group"; buscando e 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 de su archivo/registro, 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 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.