

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DE EVALUACIÓN DE BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL – SIN CAMBIOS

FECHA DE NOTIFICACIÓN / /		FECHA EFECTIVA / /		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DE DISTRITO	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (y nombre del C/O si está presente) Y DIRECCIÓN				NÚMERO DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
				<input type="radio"/> Conferencia con la agencia	
				Asistencia e información sobre audiencias imparciales 1-800-342-3334	
				Acceso a registros	
Información sobre asistencia legal					
Nº DE OFICINA	Nº DE UNIDAD	Nº DEL TRABAJADOR	NOMBRE DE LA UNIDAD O DEL TRABAJADOR	TEL. DEL TRABAJADOR () -	

Su caso de **ASISTENCIA TEMPORAL** o **CUIDADO INFANTIL EN VEZ DE ASISTENCIA TEMPORAL** se está cerrando el ____/____/____. La agencia evaluó sus circunstancias y determinó que usted todavía es elegible para servicios de cuidado infantil. A menos que usted solicite cerrar su caso, sus beneficios de cuidado infantil no cambiarán. Usted continuará recibiendo los mismos beneficios hasta el ____/____/____.

Su caso de **SERVICIOS DE PROTECCIÓN** se está cerrando el ____/____/____. La agencia evaluó sus circunstancias y determinó que usted todavía es elegible para servicios de cuidado infantil. A menos que usted solicite cerrar su caso, sus beneficios de cuidado infantil no cambiarán. Usted continuará recibiendo los mismos beneficios hasta el ____/____/____.

Usted notificó a la agencia sobre un **CAMBIO EN SUS CIRCUNSTANCIAS** el ____/____/____. La agencia evaluó esta información y determinó que sus beneficios no cambiarán en este momento. Usted continuará recibiendo los mismos beneficios hasta el ____/____/____.

El departamento local de servicios sociales ha puesto en práctica los siguientes cambios que reducirán elegibilidad (vea Comentarios). Sin embargo, usted continuará recibiendo los mismos beneficios hasta el ____/____/____.

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. El pago se proporcionará en nombre de los siguientes:

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 de pagar las siguientes cuotas:

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

COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

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 de		\$		
	Ingreso restante	\$		
	Ingreso restante	\$		X % cuota familiar
	\$	/ 52 weeks =		1% = \$
				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 familiar mínima requerida 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 preventivos o para un niño en el sistema de cuidado de crianza.

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

COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

EJEMPLO

DERECHO A ACEPTAR O RECHAZAR SERVICIOS: La aprobación de sus beneficios no le obliga a aceptar estos servicios. Usted puede declinar los servicios contactando a 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 usted desea una audiencia imparcial y que su beneficio de cuidado infantil permanezca 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 que aparece en la primera página de esta notificación. Una solicitud de conferencia por sí sola no resultará en la continuación de sus beneficios. En la conferencia, puede presentar información para demostrar por qué cree que la acción de la agencia no es correcta.

Usted puede solicitar una conferencia:

(1) Llamando al: () - _____

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

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

(3) Por favor guarde una copia para usted.

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 una solicitud. Si usted no desea que su beneficio de cuidado infantil cambie hasta que la audiencia imparcial emita una decisión, usted debe solicitar una audiencia imparcial antes de la FECHA EFECTIVA que aparece en la primera página de esta notificación. Usted no tiene que solicitar una conferencia antes de solicitar una audiencia imparcial.

Puede solicitar mantener su beneficio de cuidado infantil sin cambios hasta que se emita la decisión de la audiencia imparcial. Si solicita que no se cambie su beneficio hasta que la audiencia imparcial emita una decisión y usted pierde la audiencia imparcial, se le habrá pagado en exceso. El departamento local de servicios sociales intentará recuperar el sobrepago ya sea reduciendo los futuros beneficios de cuidado infantil, cobrando una suma global o estableciendo pagos a plazos, o mediante 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 y complete la información de abajo. Envíele 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 a continuación. Envíe por facsímil ambos lados de este formulario al **(518) 473-6735**.

Yo deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la acción de la agencia. Usted puede explicar en una página aparte la razón por la que no está de acuerdo, 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: _____

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 derecho a 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 más cercano 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 en 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.

INFORMACIÓN: 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.