

## ESTADO DE NUEVA YORK

## OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

**APROBACIÓN DE SU REDETERMINACIÓN PARA BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL**

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN / /		FECHA EFECTIVA / /		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 TELEFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
				<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia Asistencia e Información sobre Audiencias <b>1-800-342-3334</b> Acceso a Registros Información sobre Asistencia Legal	
NO. DE OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O DEL TRABAJADOR(A)	NO. DE TELEFONO DEL TRABAJADOR(A)	

Su solicitud fechada el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ para beneficios de cuidado infantil ha sido aprobada. Usted es elegible para recibir beneficios de cuidado infantil para cuidado infantil provistos desde el: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

mientras usted esté en \_\_\_\_\_.

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(a):	Para la cantidad de:*	Tiempo Completo o Parcial:

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

Los beneficios se pagarán:  Directamente a usted  Directamente a su proveedor(a)

Su proveedor(a) 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 Semanal Familiar** 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 un 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 \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_  
 \$ \_\_\_\_\_ / 52 semanas = \$ \_\_\_\_\_ cuota semanal de la familia

Todas las cantidades de las cuotas familiares se redondean al \$0.50 más cercano. 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.

**Para continuar recibiendo beneficios, estas son sus responsabilidades:**

- Notifique a su trabajador(a) 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.
- Pague con prontitud cualquier porción familiar requerida.

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

**DERECHO A ACEPTAR O RECHAZAR SERVICIOS:** La aprobación de sus beneficios no le obliga a aceptar los servicios. Usted puede escoger 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 solicitar una conferencia a 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 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 tratará de recobrar el exceso de pago reduciendo sus futuros beneficios de cuidado infantil, recobrando el pago ya sea en una suma única o en pagos a plazos, o a través de una acción legal.

**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://www.otda.ny.gov/oah>, 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:** Complete la información de abajo, firme y 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 debajo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito.

**Marque 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(a) por un abogado(a), un pariente, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado(a) 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 buscando en las "Páginas Amarillas" o "Yellow Pages" bajo la sección de "Abogados" o "Lawyers", 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(a) 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.