

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DISCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN / /		FECHA EFECTIVA DEL CIERRE / /		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	
				<input type="radio"/> Conferencia con la Agencia	
				<input type="radio"/> Asistencia e Información sobre Audiencias Imparciales 1-800-342-3334	
				<input type="radio"/> Acceso a Registros	
				<input type="radio"/> Información sobre Asistencia Legal	
NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A)	NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR(A)	
Esta notificación es para informarle que sus beneficios de cuidado infantil serán cancelados el: / /					
Usted no es elegible para recibir beneficios de cuidado infantil a partir del _____					
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.					
La razón de esta acción es:					
<input type="checkbox"/> El ingreso bruto de su familia excede el 300% del ingreso estatal estándar o el 85% del ingreso estatal medio, el que es el ingreso máximo permitido por el reglamento del estado de Nueva York para ser elegible para asistencia de cuidado infantil al solicitar inicialmente y a cada intervalo de 12 meses de redeterminación de elegibilidad. El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso mensual máximo de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____. *(Vea al anexo adjunto para información adicional).					
<input type="checkbox"/> El ingreso bruto de su familia excede el 85% del ingreso estatal medio, el que es el ingreso máximo permitido por el reglamento del estado de Nueva York para ser elegible para la asistencia de cuidado infantil durante los 12 meses de elegibilidad. El ingreso mensual bruto de su familia de \$ _____ excede el ingreso mensual máximo de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____. *(Vea el anexo adjunto para más información).					
<input type="checkbox"/> Usted no es programáticamente elegible para servicios de cuidado infantil debido a que: _____					
<input type="checkbox"/> Usted no nos proporcionó la información que solicitamos para determinar su elegibilidad continua para la asistencia de cuidado infantil. Sin esta información, nosotros no pudimos determinar su elegibilidad para tal asistencia. _____					
<input type="checkbox"/> Otro: _____					
La(s) LEY(ES) Y/O REGULACION(ES) que permite(n) hacer esto es/son: _____					

COPIA DEL CLIENTE/AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted está en desacuerdo con la decisión de su 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 que sus beneficios de cuidado infantil permanezcan sin cambio alguno (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 CIERRE, en la primera página de esta notificación. El solicitar solo una conferencia no resultará en la continuación de sus beneficios. En la conferencia, usted puede presentar información que demuestre la razón por la que 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 CIERRE, listada 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 hasta que se emita la decisión de la audiencia imparcial. Si usted solicita que su beneficio continúe hasta que se emita una 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) **En línea:** 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, 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 en una página aparte la razón por la que está en desacuerdo, pero no tiene que incluir una explicación por escrito.

Marque uno:

NO detenga mi beneficio de cuidado infantil hasta que se emita una decisión en la audiencia imparcial.

Detenga mi beneficio de cuidado infantil a partir de la fecha listada en esta notificación, pendiente 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 haciendo una búsqueda en línea utilizando palabras claves, tales como su condado de residencia y "Legal Aid Society" o "advocate group", o 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 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.

ANEXO DE LA NOTIFICACIÓN DEL INTENTO DE DESCONTINUAR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO INFANTIL/CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Fecha Efectiva: _____ / _____ / _____

Nombre del Caso: _____ No. del Caso: _____

Hemos determinado que usted ya no es elegible para beneficios de cuidado infantil. El ingreso mensual bruto de su familia es: \$ _____. Esto excede el 300% del ingreso estatal estándar o el 85% del ingreso estatal medio, el ingreso mensual bruto máximo para la redeterminación, de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

Esto excede el 85% del ingreso estatal medio, el ingreso máximo durante el período de elegibilidad de 12 meses de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

Por favor verifique la información de abajo. Si hay un error, contacte a su trabajador(a) de caso listado en la primera página de esta notificación. Si hay un error, esto podría significar que la decisión hecha acerca de sus beneficios no es correcta.

Hay un niño(a) con necesidades especiales que reside en su hogar. Sí No **Si usted tiene un hijo(a) con necesidades especiales que necesita cuidado infantil, usted puede que haya recibido esta notificación en error. Contacte a su trabajador(a) listado en la primera página de esta notificación para determinar si su caso fue cerrado erróneamente.**

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 el reglamento del estado de Nueva York 18 NYCRR §404.5(b)(5), en la cantidad de:	\$ _____	al mes.
	El ingreso mensual bruto total de su familia:	\$ _____	al mes.

Abajo se proporcionan los niveles de ingreso estatal medio y los niveles de ingreso estatal estándar por distrito para determinar su elegibilidad de beneficios de cuidado infantil. Para determinar la elegibilidad para beneficios de cuidado infantil, su ingreso mensual bruto para el tamaño de su familia fue comparado con el 85% del ingreso estatal medio y el 300% del ingreso estatal estándar. Durante el período de 12 meses de elegibilidad, el ingreso bruto de su familia no podrá exceder el 85% del ingreso estatal medio.

Tamaño de la familia	300% Ingreso Estatal Estándar	85% Ingreso Estatal Medio
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

*Otro ingreso no listado arriba y definido en el reglamento 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 propio de una persona, empresa profesional o asociación; o ingreso neto de autoempleo agrícola. Por ejemplo, recibos brutos menos gastos administrativos de la operación de una granja por cuenta propia, como propietario(a), inquilino(a) o aparcerero(a); o dividendos, ingreso de interés (sobre ahorros o 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 PA, SSI y relevo en el hogar); 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(a); o pensión alimenticia; o pensiones de veteranos.

El ingreso mensual bruto de su familia es de \$ _____ para el tamaño de una familia de _____.

Esto excede el ingreso máximo de \$ _____.

Además de las citas listadas en esta notificación adjunta, refiérase al Plan de Servicios para Niños y Familias (*Child and Family Services Plan*) del distrito en <https://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> para información adicional.

Ejemplo