

紐約州
兒童與家庭服務辦公室
停止兒童照顧福利意向通知書

通知日期 / /	結束生效日 / /	機構/中心或區辦事處的名稱與地址	
個案號碼	CIN 號碼		
個案名稱 (若有轉交人, 請同時註明該人姓名) 和地址			
		如有疑問或需要幫助, 請撥打通用電話號碼	
		或者	
		機構調解會	
		公平聽證會 資訊與協助	1-800-342-3334
		記錄存取	
		法律協助資訊	
辦事處代碼	單位代碼	工作人員代碼	單位名稱或工作人員姓名
			工作人員電話號碼 () -
本通知旨在通知您, 您的兒童照顧福利申請將於 (日期) / / 結束。在 之後, 您無資格獲得兒童照顧福利服務。			
備註:			
<p>您有權透過調解會和/或聽證會對本決議進行上訴。</p> <p>如需行使上訴權利並瞭解申請召開調解會和/或聽證會的相關資訊, 請閱讀本通知書的背面內容。</p>			
作出此決議的原因是:			
<input type="checkbox"/> 您家庭的總收入超過州收入標準的 300% 或州收入中值的 85%, 這是紐約州規定在首次申請和每 12 個月重新確定是否有資格獲得兒童照顧援助的最高收入。 您家庭的每月總收入是 \$ _____, 超過最高的每月收入上限, 超出了 \$ _____ (按以下家庭人數: _____)。			
* (如需額外資訊, 請參閱附件的附錄。)			
<input type="checkbox"/> 您家庭的總收入超過州收入中值 85%, 這是紐約州法規允許在 12 個月的具資格期間有資格獲得兒童照顧援助的最高收入。您家庭的每月總收入是 \$ _____, 超過最高的每月收入上限, 超出了 \$ _____ (按以下家庭人數: _____)。			
* (如需額外資訊, 請參閱附件的附錄。)			
<input type="checkbox"/> 在此計劃中, 您並不符合資格獲得兒童照顧服務, 原因是: _____			
<input type="checkbox"/> 您沒有提供我們要求的資訊, 以判斷您是否符合資格繼續獲得兒童照顧援助。如果沒有這些資訊, 我們無法確定您是否有資格獲得此類援助。 _____			
<input type="checkbox"/> 其他: _____			
作出本決議所依據的法律和/或法規為: _____			

若您不同意您的地方社會服務部門所做的決議，您可以要求召開調解會和/或公平聽證會。

1. **調解會**：您有權要求與您的當地社會服務部門舉行調解會以複審此項決定。若您想要召開調解會，則請「盡速」提出申請，因為調解會的結果可能會影響您申請召開公平聽證會的決定。若您想要召開公平聽證會，並希望您的兒童照顧福利在做出公平聽證會的決定之前保持不變（持續協助），您必須在本通知首頁上的結束生效日之前要求召開公平聽證會。要求申請召開調解會，並不能繼續維持您的福利。您可在調解會上出示相關資訊，以說明您為何認定相關機構的行動不合理。

您可透過下列方式申請召開調解會：

(1) 致電： () - (致電時請備妥本通知書。)

(2) 寫信：請勾選以下方塊並郵寄到下列地

請自行保存一份副本。

本人想要申請召開調解會。本人不同意相關機構採取的行動。您可以隨附一份書面說明以詳細闡述不同意的原因，但我們不強制要求您提供書面說明。

2. **公平聽證會**：您有權召開公平聽證會，針對當地社會服務部門的裁決提出上訴。若您想要召開公平聽證會，可在本通知正面所列的通知日期起 60 日內提出申請。若您在公平聽證會召開前，不希望您的兒童照顧福利方面有改變的話，您必須在本通知書首頁上列明的結束生效日前要求召開公平聽證會。在要求召開公平聽證會前，您無須要求召開調解會。

直至公平聽證會召開前，您可以保留您的兒童照顧福利。直至公平聽證會召開前，若您要求繼續維持您的福利，但是您在公平聽證會上敗訴，您將會支付超額費用。本地社會服務部門會向您追討超額費用，方式包括藉著減少未來的兒童照顧福利、收取一筆過費用或分期付款，或透過法律行動進行。

您可透過下列方式申請召開公平聽證會：

(1) 致電：1-800-342-3334 (致電時請備妥本通知書。)

(2) 線上：若要在線上傳送公平聽證會申請，請前往 <https://otda.ny.gov/hearings/>，按一下連結，使用線上表格申請公平聽證會，然後遵照指示填妥並於線上提交表格。

(3) 寫信：請勾選以下方塊並填妥相關資訊，然後寄至 New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930。請自行保存一份副本。

(4) 傳真：請勾選以下方塊並填妥相關資訊，然後將此表格的兩面傳真至 (518) 473-6735。

本人想要申請召開公平聽證會。本人不同意相關機構採取的行動。您可以隨附一份書面說明以詳細闡述不同意的原因，但我們不強制要求您提供書面說明。

選擇其中一個選項。

在召開公平聽證會之前，**不要停止**本人的兒童照顧福利。

在公平聽證會延遲判決期間，按照列於本通知書的生效日期，**停止**本人的兒童照顧福利。

姓名：	_____	地區：	_____
地址：	_____	個案號碼：	_____
		電話號碼：	() - _____

若您要求召開公平聽證會，則州政府將寄一份通知給您，通知您聽證會的時間與地點。您有權請律師、親屬、朋友或其他人代表您出庭，也可以親自出庭。在舉行聽證會時，您的律師或其他代表將有機會呈現書面和口頭證據以說明不應採取所述行動的理由，也有機會質詢出席聽證會的任何人士。此外，您還有權請對您有利的證人前來作證。出席聽證會時，請攜帶本通知書、薪資單、收據、托兒服務帳單、醫療證明、信函等等可能有助於您說明理由的所有文件。

法律協助：如果您需要免費的法律協助，您可以聯絡地方法律援助協會或其他倡導法律權益的團體以取得此類協助。您也可以透過網上搜尋，使用您居住省份及「法律援助處」或「監護人協會」等關鍵字，或在黃頁的「律師」(Lawyers) 欄檢視，或致電列在通知書第一頁的電話號碼，找出就近的法律援助處或監護人協會。

調閱檔案及文件副本：您有權調閱自己的個案檔案，以便為出席聽證會做好充足的準備。如果您來電或來函，我們會為您免費提供您檔案中的文件副本；在聽證會上，我們會將這些文件提交給公平聽證官。如需索取文件或瞭解如何調閱您的檔案，請致電本通知書頁面頂端所列的記錄調用電話號碼，或寫信至本通知書頁面頂端所列的地址。此外，如果您來電或來函，我們還會為您免費提供公平聽證會所需的其他文件副本。如果需要您個案檔案的文件副本，請提前索取。我們會在舉行聽證會之前的合理時間內提供這些文件給您。如果您指定透過郵寄方式接收文件，則只會將文件郵寄給您。

資訊：如果您想要深入瞭解您的個案、如何申請調解會或公平聽證會、如何調閱檔案或如何取得額外的文件副本，請撥打本通知書第一頁頂端所列的電話號碼或寫信至本通知書頁面頂端所列的地址。

*依據紐約州規定 18 NYCRR 404.5(b)(5) 未列於以上表格中的其他收入定義，但不限於：非農業自僱的淨收入，即來自個人自有營業、專業企業或合夥關係的總收入減去支出；或來自農業自僱的淨收入，即以個人名義（如老闆、租戶或佃農）來經營農場的總收入減去經營支出；或股息、來自房屋或信託基金的利息（存款或債券）收入、淨租金收入或版稅收入；公共援助 (Public Assistance, PA) 或福利支出（包括 PA、SSI 及家庭救濟等 PA 支出）；或養老金及年金（包括支付給退休人士或其遺族的撫卹金或退休福利）；或失業救濟金、僱員補償金；贍養費；或退伍軍人養老金。

您家庭的每月總收入是 \$ _____ (按以下家庭人數：_____)。

超過最高收入上限的 \$ _____。

除了本通知書中列出的引述外，請參閱地區的兒童及家庭服務計畫以取得更多資訊，網址為：

<https://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp>。

SAMPLE ONLY