



# FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner




James K. Whelan, Deputy Commissioner  
Policy, Procedures and Training


Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner  
Office of Procedures

## POLICY BULLETIN #06-36-OPE

### REVISION OF CHILD CARE NOTICES

<b>Date:</b> March 14, 2006	<b>Subtopic(s):</b> Employment Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff that the following forms have been revised as follows:</p> <p><b>W-273RR</b> Denial of Enrollment of Child Care Provider Regulation: the citation <b>18 NYCRR 451.4 (f)</b> was revised to read <b>18 NYCRR 415.4 (f), (h)</b>.</p> <p><b>W-560CC</b> Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits Regulation: the citation <b>18 NYCRR 415.7</b> was revised to read <b>18 NYCRR 415.3, 415.4, 415.7</b>.</p> <p><b>W-560EE</b> Notice of Intent to Change Child Care Benefits Regulations: the citation <b>18 NYCRR 415.4</b> and <b>415.7</b> was revised to read <b>18 NYCRR 404.6, 415.1, 415.3, 415.4</b> and <b>415.7</b>.</p> <p>The revised multilingual versions of the above forms will be available shortly.</p> <p>Samples of the forms are attached.</p> <p>Location heads must ensure that all previous versions of the forms are recycled.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p><b>Reference:</b></p> <p>06-INF-05</p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?  
Call 718-557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or  
send an e-mail to *FIA Call Center*

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

**Attachments:**

- W-273RR** Denial of Enrollment of Child Care Provider (Rev. 3/14/06)
- W-273RR (S)** Denial of Enrollment of Child Care Provider (Spanish) (3/14/06)
- W-560CC** Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits (Rev. 3/14/06)
- W-560CC (S)** Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits (Spanish) (Rev. 3/14/06)
- W-560EE** Notice of Intent to Change Child Care Benefits (Rev. 3/14/06)
- W-560EE (S)** Notice of Intent to Change Child Care Benefits (Spanish) (Rev. 3/14/06)



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Job Center: \_\_\_\_\_  
Worker Telephone: \_\_\_\_\_

### Denial of Enrollment of Child Care Provider

We regret to inform you that the provider you have selected to care for your child(ren) cannot be enrolled. The reason for this decision is the provider's failure to meet New York State-required health and safety standards:

The provider has been denied because:

SAMPLE

In order for a reconsideration, the provider will need to perform the following corrective action(s):

Documentation of corrective action(s) (as described above) is required to verify that the action(s) has/have been completed.

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are: 18 NYCRR 415.4 (f), (h).

If corrective action is taken, you can submit another request to enroll the provider.\*

\_\_\_\_\_  
JOS/Worker's Name

\_\_\_\_\_  
Title

\*This excludes felonies and misdemeanors that involve crimes against children.



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Tel. del Trabajador: \_\_\_\_\_

### Rechazo de Registración del Proveedor de Cuidado Infantil

Lamentamos informarle que el/la proveedor(a) que usted ha elegido para cuidar a su(s) hijo(s) no puede ser registrado. La razón de esta decisión es el fallo del proveedor en cumplir las normas requeridas de salud y seguridad del Estado de Nueva York.

El proveedor ha sido rechazado debido a que:

SAMPLE

Para poder ser considerado de nuevo, el proveedor tendrá que realizar la(s) siguiente(s) acción(es) correctiva(s):

Documentación de la(s) acción(es) correctiva(s) (como indicado más arriba) es requerida para verificar que la(s) acción(es) ha(n) sido completadas.

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal forma es/son: 18 NYCRR 415.4 (f), (h).

Si se lleva a cabo la acción correctiva, usted puede presentar otra petición para registrar al proveedor.\*

\_\_\_\_\_  
Nombre del JOS/Trabajador

\_\_\_\_\_  
Título

\*Esto excluye felonías y delitos menores que comprenden crímenes contra los niños.



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
FH&C Telephone Number: \_\_\_\_\_

### Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits

You have met the eligibility criteria for Transitional Child Care benefits. Your Transitional Child Care benefits are effective \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, while you are employed.

Child care payments will be paid directly to \_\_\_\_\_  
Child Care Provider First Name M.I. Child Care Provider Last Name

Payments will be provided on behalf of the following:

Child(ren)	Provider	For the Amount of	Effective	Check <input checked="" type="checkbox"/> One
				<input type="checkbox"/> full time <input type="checkbox"/> part time
				<input type="checkbox"/> full time <input type="checkbox"/> part time
				<input type="checkbox"/> full time <input type="checkbox"/> part time
				<input type="checkbox"/> full time <input type="checkbox"/> part time

You are responsible for a family share, which must be paid to \_\_\_\_\_  
in the amount of \$ \_\_\_\_\_ per week.  
Child Care Provider First Name M.I. Child Care Provider Last Name

Your provider(s) must submit a monthly attendance form (**HRA1**) to the HRA Voucher Payment Unit.

**In order to continue to receive benefits, these are your responsibilities:**

Notify the Transitional Child Care Unit at (212) 835-7681 immediately of any change in family income, persons living in your household, employment child care arrangements or any other changes that may affect your continued eligibility or the amount of your benefit.

Promptly pay any family share required.

If you are transitioning from temporary assistance, you must actively pursue a child support order and modifications as required.

Near the end of the 12 months of Transitional Child Care benefits, you will receive an appointment letter from the Agency for Child Development (ACD) to redetermine your eligibility for publicly funded child care benefits.

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 415.3, 415.4, 415.7.

\_\_\_\_\_  
JOS/Worker's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Supervisor's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.  
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION  
SECTION OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

**(continued on page 3)**

SAMPLE

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### STATE FAIR HEARING

**How to Ask for a Fair Hearing:** If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201  
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: **(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either:  
**14 Boerum Place, Brooklyn** or **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**What to Expect at a Fair Hearing:** The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

**INFORMATION:** If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on **page 1** of this notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for child care issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

**I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:**

SAMPLE

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
Name M.I. Last Name

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_





Fecha: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso de Elegibilidad de Beneficios de Cuidado Infantil de Transición

Usted reúne los criterios de elegibilidad respecto de beneficios de Cuidado Infantil de Transición. Sus beneficios de Cuidado Infantil de Transición entran en vigor \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, mientras que usted esté empleado(a).

Los pagos de cuidado infantil se efectuarán directamente a \_\_\_\_\_  
Nombre del Proveedor I. Apellido del Proveedor

Los pagos se proveerán a nombre de las siguientes personas:

Niño(s)	Proveedor	Por la Cantidad de	A Partir de	Marque <input checked="" type="checkbox"/> Una
				<input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial
				<input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial
				<input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial
				<input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial

Usted tiene la responsabilidad de cubrir una porción familiar que debe ser pagadera a \_\_\_\_\_  
Nombre del Proveedor I. Apellido del Proveedor la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ a la semana.

Su(s) proveedor(es) debe(n) presentar un formulario de asistencia mensual (**HRA1**) a la Unidad de la HRA de Comprobantes de Pagos (HRA Voucher Payment Unit).

**Para usted poder seguir recibiendo beneficios, le corresponden las siguientes responsabilidades:**

Avisar inmediatamente a la Unidad de Cuidado Infantil de Transición al (212) 835-7681 tras cualquier cambio del ingreso familiar, las personas que están viviendo en su hogar, empleo, arreglos de cuidado infantil, o cualquier otro cambio que puede afectar su elegibilidad continua o la cantidad de su beneficio.

Pagar sin demora cualquier porción familiar que se exija.

Si usted está realizando la transición de asistencia temporaria, debe buscar una orden judicial de mantenimiento de niños junto con modificaciones según convenga.

Cerca del final de los 12 meses de beneficios de Cuidado Infantil de Transición usted recibirá una carta de cita de parte de la Agencia para el Desarrollo del Niño (Agency for Child Development – ACD) para redeterminar su elegibilidad respecto de beneficios de cuidado infantil financiados por el gobierno.

La(s) ley(e)s y/o regla(s) que nos permite(n) obrar de tal modo es/son 18 NYCRR § 415.3, 415.4, 415.7.

\_\_\_\_\_  
Firma del JOS/Trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES  
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

**(continúa en la página 3)**

SAMPLE

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201  
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:  
**14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
**<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>**

**Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial:** El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

**ASISTENCIA LEGAL:** Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstos se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

**INFORMACIÓN:** Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **primera página** de este aviso.

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Fecha Límite:** Si usted desea que el estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de cuidado infantil.

Si no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

**Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la Agencia es errónea porque:**

Nombre en Letras de Molde: \_\_\_\_\_ Núm. del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Worker Telephone: \_\_\_\_\_  
FH&C Telephone: \_\_\_\_\_

**Notice of Intent to Change Child Care Benefits**

This notice is to inform you that this Agency intends to change your child care benefits. The changes are explained below.

Payments will be provided on behalf of the following:

Child's Name	Provider	Change \$		Effective	Check (✓) One	
		From	To*		<input type="checkbox"/> Full Time	<input type="checkbox"/> Part Time
					<input type="checkbox"/> Full Time	<input type="checkbox"/> Part Time
					<input type="checkbox"/> Full Time	<input type="checkbox"/> Part Time
					<input type="checkbox"/> Full Time	<input type="checkbox"/> Part Time
					<input type="checkbox"/> Full Time	<input type="checkbox"/> Part Time

You are responsible for a family share, which must be paid to: \_\_\_\_\_,  
(Child Care Provider's Name)  
in the amount of \$ \_\_\_\_\_ per week, effective \_\_\_\_\_ .  
(date)

The reason for this action is:

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are: 18 NYCRR § 404.6, 415.1, 415.3, 415.4 and 415.7.

\*Payment may vary based on fluctuations in work activity.

\_\_\_\_\_  
JOS/Worker's Signature                      Date                      Supervisor's Signature                      Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.  
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION  
SECTION OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### STATE FAIR HEARING

**How to Ask for a Fair Hearing:** If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201  
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:  
**(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either:  
**14 Boerum Place, Brooklyn** or **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**What to Expect at a Fair Hearing:** The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

**INFORMATION:** If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on **page 1** of this notice.

**FAIR HEARING REQUEST**

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for child care issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

**I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:**

SAMPLE

Print Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
Name M.I. Last Name

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Fecha: \_\_\_\_\_  
 Número del Caso: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
 Centro: \_\_\_\_\_  
 Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
 Tel. del Trabajador: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso de la Intención de Cambiar los Beneficios de Cuidado Infantil

Por el presente aviso le informamos que esta Agencia tiene la intención de cambiar sus beneficios de cuidado infantil. Los cambios se explican a continuación.

Se proveerán pagos para las siguientes personas:

Nombre del Niño	Proveedor	Cambio \$		A partir de	Seleccione (✓) Una	
		De	A*		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
					<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
					<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
					<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
					<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial

Usted tiene la responsabilidad de pagar una porción familiar a: \_\_\_\_\_,  
 (Nombre del Proveedor de Cuidado Infantil)

por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ semanales, a partir del \_\_\_\_\_ .  
 (fecha)

La razón de esta acción es:

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal forma es/son: 18 NYCRR § 404.6, 415.1, 415.3, 415.4 y 415.7.

\*Los pagos pueden variar según las fluctuaciones de actividad de trabajo.

\_\_\_\_\_  
 Firma del JOS/Trabajador      Fecha      Firma del Supervisor      Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.  
 ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES  
 DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**



## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:  
Office of Administrative Hearings  
New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201  
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:  
**14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:  
**<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>**

**Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial:** El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

**ASISTENCIA LEGAL:** Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

**INFORMACIÓN:** Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escríbanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **primera página** de este aviso.

**PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL**

**Fecha Límite:** Si usted desea que el estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de cuidado infantil.

Si no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

**Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la Agencia es errónea porque:**

Nombre en Letras de Molde: \_\_\_\_\_ Núm. del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre I. Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_