



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 #07-111-OPE

FORMS CONVERTED TO ACS CHILD CARE FORMS

Date: August 30, 2007	Subtopic(s): Child Care, Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all staff that:</p> <ul style="list-style-type: none"> • certain FIA child care forms have been made obsolete through conversion to ACS forms • certain ACS child care forms have been given the new ACS identifying form numbers • the Administration for Children’s Services (ACS) has created two new child care forms • new ACS child care forms have been created to replace certain FIA and ACS child care forms. <p>The FIA forms that are now obsolete are:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W-273K Authorization For Child Care Payment • W-273UU Child Care Provider Income Verification Letter • W-560 Do You Want Child Care Payments Now That Your Case is Closed? • W-560CC Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits • W-560CC (S) Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits (Spanish) • W-560D Congratulations on your Job! • W-560DD Notice of Ineligibility for Transitional Child Care Benefits • W-560DD (S) Notice of Ineligibility for Transitional Child Care Benefits (Spanish) • W-560FF Notice of Delinquent Family Share for Child Care Benefits

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call (718) 557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or
send an e-mail to *FIA Call Center*

The ACS child care forms that have been given new ACS form numbers are:

- **ACS Form W-273K** Authorization For Child Care Payment (Rev. 8/31/06)
- **ACS Form W-574EE** Child Care Fact Sheet and Planner (Rev. 8/31/06)
- **ACS Form W-574EE (S)** Child Care Fact Sheet and Planner (Rev. 6/4/07)

The new ACS child care forms are:

- **CS-101** Mandatory Return Appointment to ACS (Rev. 5/07)
- **CS-101-S** Mandatory Return Appointment to ACS (Spanish) (Rev. 8/07)

The new ACS child care forms that have been created to replace certain FIA and ACS child care forms are:

- **CS-273K** Authorization For Child Care Payment (Rev. 6/07)
- **CS-273K-S** Authorization For Child Care Payment (Spanish) (Rev. 8/07)
- **CS-273UU** Child Care Provider Income Verification Letter (Rev. 5/07)
- **CS-560** Do You Want Child Care Payments Now That Your Case is Closed? (Rev. 6/07)
- **CS-560-S** Do You Want Child Care Payments Now That Your Case is Closed? (Spanish) (Rev. 6/07)
- **CS-560CC** Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits (Rev. 6/07)
- **CS-560CC-S** Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits (Spanish) (Rev. 8/07)
- **CS-560D** Congratulations on Your Job! (Rev. 8/07)
- **CS-560D-S** Congratulations on Your Job! (Spanish) (Rev. 8/07)
- **CS-560DD** Notice of Ineligibility for Transitional Child Care Benefits (Rev. 5/07)
- **CS-560DD-S** Notice of Ineligibility for Transitional Child Care Benefits (Spanish) (Rev. 8/07)
- **CS-560FF** Notice of Delinquent Family Share for Child Care Benefits (Rev. 4/07)
- **CS-574EE** Child Care Fact Sheet and Planner (Rev. 5/07)
- **CS-574EE (S)** Child Care Fact Sheet and Planner (Spanish) (Rev. 8/07)

New ACS child care forms have been given the NYC ACS Division of Child Care and Head Start logo and references to FIA have been replaced with references to ACS where appropriate.

ACS child care forms are available through the FIAweb Office of Procedures page (as shown below).

HRA Home > Family Independence > FIAweb Office of Procedures

IMPORTANT REMINDERS Office of Procedures Search FIA

Failing to budget the correct SUA is one of our highest FS payment errors.
 Need help with determining the correct SUA?
 Please see our Shelter Type Codes/Standard Utility Allowance (SUA) Levels Desk Guide form (W-205HH).
[Tutorial: How to Use the FIA Web](#)

HAVE QUESTIONS ABOUT AN FIA PROCEDURE?
 Send an E-mail to FIA Call Center at fiacallcenter@hra.nyc.gov
 or Call (718) 557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765

POLICY DOCUMENTS

- Policy Directives
- Policy Bulletins
- Center Director Memos
- FIA Desk Guides
- FIA Transmittals
- Manuals
- Application/Recertification Kit
- Mandated Signage

LOOKING FOR FORMS?

- FIA Forms
- HRA Forms
- MAP Forms
- State Forms
- State Child Care Forms
- ACS Forms
- Kiosk Forms
- MKB Project Forms

What's New -- Procedures

June Training Release

- **PB 07-66-OPE** : RELEASE OF The EBT MAG-TEK/CAPS PIN Change Terminal Users Guide
- **PB 07-65-OPE** : State Mailer Regarding Changes in Payphone Access to the EBT Helpline
- **PB 07-64-OPE** : Summer Meals Program
- **PB 07-63-SYS** : Welfare Management System (WMS) Batch Transmission Time Extension
- **PB 07-62-OPE** : Revisions to Forms W-146E, W-147E, W-147M and W-147Q
- **PB 07-61-SYS** : NYCWAY Updates – New Action Codes
- **PB 07-60-EMP** : Workshops for Sanctioned Public Assistance Participants Attending City University of New York (CUNY) Schools
- **PB 07-59-SYS** : Finger Imaging Requirements for Reapplicants
- **CD 07-09** : Mandated Poster – Important Notice: Changes to Payphone Access to the EBT Helpline (FIA-63)
- **CD 07-08** : Mandated Poster – Preventing Standard Utility Allowance (SUA) Errors (FIA-58)

May Training Release

- **TM 07-09** : Page Replacements to the Employment Process Manual
- **PD 07-15-SYS** : Welfare Management System (WMS) Software Release Version 2007.1
- **PD 07-14-ELI** : Revision to the Utility Process
- **PB 07-58-SYS** : Revision to the Turn-Around Document (TAD)
- **PB 07-57-SYS** : NYCWAY Updates – Begin Employment Gain Independence Now (BEGIN) and Employability Plan (EP) Changes
- **PB 07-56-ELI** : Heating Equipment Repair/Replacement (Vendor License Verification)
- **PB 07-55-OPE** : Access NYC Public Benefits Screening Tool
- **PB 07-54-OPE** : Handling Requests for Case Record Review
- **PB 07-53-EMP** : Abridged Glossary of HRA Employment Programs
- **PB 07-52-ELI** : Section 8 Housing Voucher Outreach Program
- **PB 07-51-OPE** : Reinstatement of Form W-274X
- **PB 07-50-EMP** : Revisions to the BEGIN Program Referral Letter (W-573XX)
- **PB 07-49-OPE** : Revisions to Form M-42U and Form W-138Q
- **PB 07-48-ELI** : End of the 2006-2007 HEAP Program Year
- **PB 07-47-SYS** : Changes to the Fair Hearing Compliance Subsystem
- **PB 07-46-OPE** : Shelter Type Codes/Standard Utility Allowance (SUA)

Samples of the ACS forms are attached.

Center Directors must ensure that all versions of the obsolete forms and their multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.

Effective Immediately

Related Item:

[PB #07-68-OPE](#)

☞ Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Attachments:

- **CS-101** Mandatory Return Appointment to ACS (5/07)
- **CS-101-S** Mandatory Return Appointment to ACS (Spanish) (Rev. 8/07)
- **CS-273K** Authorization For Child Care Payment (Rev. 6/07)
- **CS-273K-S** Authorization For Child Care Payment (Spanish) (Rev. 8/07)
- **CS-273UU** Child Care Provider Income Verification Letter (Rev. 5/07)
- **CS-560** Do You Want Child Care Payments Now That Your Case is Closed? (Rev. 6/07)
- **CS-560-S** Do You Want Child Care Payments Now That Your Case is Closed? (Spanish) (Rev. 6/07)
- **CS-560CC** Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits (Rev. 6/07)
- **CS-560CC-S** Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits (Spanish) (Rev. 8/07)
- **CS-560D** Congratulations on Your Job! (Rev. 8/07)
- **CS-560D-S** Congratulations on Your Job! (Spanish) (Rev. 8/07)
- **CS-560DD** Notice of Ineligibility for Transitional Child Care Benefits (Rev. 5/07)
- **CS-560DD-S** Notice of Ineligibility for Transitional Child Care Benefits (Spanish) (Rev. 8/07)
- **CS-560FF** Notice of Delinquent Family Share for Child Care Benefits (Rev. 4/07)
- **CS-574EE** Child Care Fact Sheet and Planner (Rev. 5/07)
- **CS-574EE (S)** Child Care Fact Sheet and Planner (Spanish) (Rev. 8/07)

Obsolete Forms

- **W-273K** Authorization For Child Care Payment (Obsolete)
- **W-273UU** Child Care Provider Income Verification Letter (Obsolete)
- **W-560** Do You Want Child Care Payments Now That Your Case is Closed? (Obsolete)
- **W-560CC** Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits (Obsolete)
- **W-560CC (S)** Notice of Eligibility for Transitional Child Care Benefits (Spanish) (Obsolete)
- **W-560D** Congratulations on your Job! (Obsolete)

- **W-560DD** Notice of Ineligibility for Transitional Child Care Benefits (Obsolete)
- **W-560DD (S)** Notice of Ineligibility for Transitional Child Care Benefits (Spanish) (Obsolete)
- **W-560FF** Notice of Delinquent Family Share for Child Care Benefits (Obsolete)

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Mandatory Return Appointment to ACS

You have a mandatory return appointment to ACS. If you are unable to keep this appointment because of an emergency, please call the telephone number below.

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

I understand that this is a mandatory appointment. Failure, without good cause, to keep this appointment, comply with required follow-up interviews with staff as directed, or to provide documentation or other verification that has been requested in order to meet employment requirements may result in the denial, reduction or discontinuance of public assistance and/or Food Stamp benefits.

Applicant/Participant Signature: _____ Date: ____/____/____

ACS Worker Signature: _____ Date: ____/____/____

Fecha: _____

Caso Número: _____

Nombre del Caso: _____

Reunión de Retorno Obligatorio a ACS

Usted tiene una reunión de retorno obligatorio a ACS. Si por una emergencia no puede mantener esta reunión, por favor llame al número de teléfono mencionado abajo.

Fecha de la Reunión: _____ Hora: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Posta: _____

Entiendo que esta es una reunión obligatoria. El fracaso sin causa justificada, en mantener esta reunión, o en el cumplimiento de las entrevistas de seguimiento con el personal como fue establecido, o en suministrar la documentación u otras verificaciones requeridas para satisfacer los requerimientos de empleo, pueden resultar en la negativa, reducción o interrupción de la asistencia pública y/o beneficios del Programa de Cupones de Alimentos.

Firma del Participante/Solicitante: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Trabajador de ACS: _____ Fecha: ____/____/____

Authorization For Child Care Payment

We will pay child care fees for the following children:

1. Child's Name: _____ Date of Birth: _____
MONTH DAY YEAR

2. Child's Name: _____ Date of Birth: _____
MONTH DAY YEAR

3. Child's Name: _____ Date of Birth: _____
MONTH DAY YEAR

Name of Parent or Legal Guardian: _____

Case Number: _____

Eligibility for Child Care Determined on: _____
MONTH DAY YEAR

SAMPLE

To the Child Care Provider:

You will be paid (up to the maximum amount allowed by New York State) for caring for the children above **for as long as the parent or guardian above remains eligible.**

All parents and guardians who receive subsidized child care are required to be involved in an authorized work-related activity. If parents or guardians discontinue their work activity, they are no longer eligible for child care. If that happens, we will send you a letter, advising you that you should discontinue your services as of the effective date on the termination letter.

Make sure this authorization is signed. The City of New York cannot pay for child care if the parent or guardian is not eligible.

Authorized Worker: _____
PLEASE PRINT

Title: _____ Center: _____

Telephone Number: _____ Date: _____

Signed: _____
WORKER'S SIGNATURE

Autorización para Pago de Cuidado para Niños

Nosotros pagaremos cargos de cuidado para niños para el(los) siguiente(s) niño(s):

1. Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____
MES DÍA AÑO

2. Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____
MES DÍA AÑO

3. Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____
MES DÍA AÑO

Nombre del (de la) Padre/Madre o Guardian Legal: _____

Número del Caso: _____

Elegibilidad de Cuidado para Niño Determinada el: _____
MES DÍA AÑO

SAMPLE

Para el Proveedor de Cuidado para Niños:

Se le pagará (hasta la cantidad máxima permitida por el Estado de Nueva York) para cuidar por los niños mencionados arriba **por el tiempo que los padres o guardián mencionado arriba permanezca elegible.**

Todos los padres y guardianes que reciben cuidado para niños subsidiado son requeridos, a estar involucrados en una actividad de trabajo. Si los padres o guardianes descontinúan su actividad de trabajo, no son ya elegibles para cuidado de niños. Si eso sucede, le enviaremos una carta, notificándole que debe descontinuar sus servicios a partir de la fecha efectiva en la carta de terminación.

Asegúrese que esta autorización sea firmada. La Ciudad de Nueva York no puede pagar por cuidado para niños si el padre/madre o guardián no es elegible.

Trabajador(a): _____

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRAS DE MOLDE

Título: _____ Centro: _____

Número de Teléfono: _____ Fecha: _____

Firmado: _____

FIRMA DE TRABAJADOR

Child Care Provider Income Verification Letter

This letter verifies that:

Mr./Ms. _____ currently residing at
Child Care Provider First Name *M.I.* *Child Care Provider Last Name*

Provider's Address: _____
Address Line 1

Address Line 2

City *State* *Zip Code*

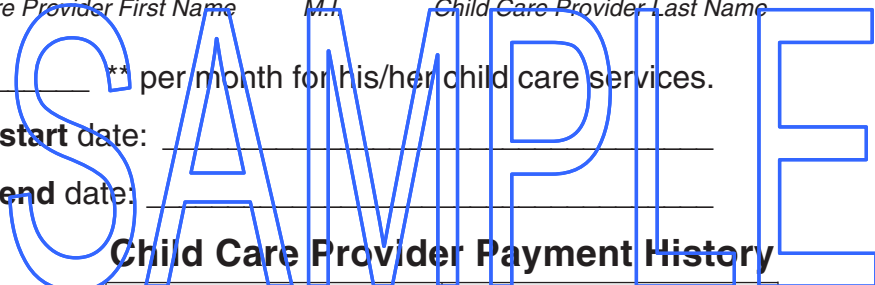
Provider's Telephone Number: _____, has received or will receive income as a
 full-time part-time child care provider by ACS on behalf of one or more eligible families.*

Mr./Ms. _____ is projected to receive
Child Care Provider First Name *M.I.* *Child Care Provider Last Name*

\$ _____ ** per month for his/her child care services.

Child care provider **start** date: _____

Child care provider **end** date: _____



Child Care Provider Payment History

Month/Year	Amount

Prepared by:			
_____		_____	
<i>Worker's Name (PLEASE PRINT)</i>		<i>Title</i>	
_____		_____	
<i>Worker's Signature</i>		<i>Date</i>	<i>Telephone Number</i>

* The child care provider listed above is an independent contractor, Not an employee of the Administration of Children's Services of the City of New York.
** This amount may fluctuate on the number of days per month child care services are rendered.

DO YOU WANT CHILD CARE PAYMENTS NOW THAT YOUR CASE IS CLOSED?

THEN YOU MUST:

1. Complete an “**Application for Child Care Subsidy**” (CS-925). Be sure to complete, sign, and date the form.
2. Have your child care provider (registered/licensed or babysitter) fill out the, “**Transitional Child Care Provider Form (CS-560AA)**”.
3. Get **proof of your babysitter's address** (see “Important Information” sheet) or a **copy of your regulated provider's license or certificate**.
4. Provide **proof of your income** in one of the following ways:
 - a. Make copies of **one month's paycheck stubs** if you make the same amount each week, **or**
 - b. Have your employer fill out the **Request for Information From Employer (Form CS-560U)** if you do not have one month's pay stubs or, if you are paid a different amount each week.
5. Provide proof of any social security benefits or child support payments you receive.
6. Get a letter from a physician or psychologist stating that a child 13 years of age or older needs care because s/he is physically unable to care for herself/himself.
7. **Mail your application and other materials right away** in the enclosed envelope or, if you do not have the envelope, mail to:

TRANSITIONAL CHILD CARE
ADMINISTRATION FOR CHILDREN'S SERVICES
109 EAST 16TH STREET, 10th Floor
NEW YORK, NY 10003

You are eligible if:

- ◆ You are single and, or you are in a 2-parent household and both parents are working.
- ◆ Your public assistance case is **CLOSED**.
- ◆ You were getting public assistance for at least 3 of the 6 months before your case closed.
- ◆ You are income eligible (e.g., a family of 3 can earn up to \$2,387 per month).
- ◆ Your children are under 13 years old. Children over 13 who are physically or mentally incapable of caring for themselves are also eligible (documentation must be provided).
- ◆ Your child care arrangements are approved by the program.

***Transitional Child Care benefits are only available for up to one year after your case closes.**

The Transitional Child Care Program will help you keep your job!

CONGRATULATIONS!

(Include in the Transitional Benefits package.)

¿DESEA USTED PAGOS POR ATENCIÓN INFANTIL AHORA QUE SU CASO ESTÁ CERRADO?*

ENTONCES USTED DEBE:

1. Completar una “**Solicitud de Subsidio de Atención Infantil**” (CS-925). Asegúrese de completar, firmar, y fechar el formulario.
2. Hacer que su proveedor de atención infantil (registrado/con licencia o niñera) complete el “**Formulario de Proveedor de Atención Infantil Transitoria (CS-560AA)**”
3. Obtener **comprobante de domicilio de su niñera** (ver ficha de “Información Importante”) o una **copia de la licencia o certificado de su proveedor regulado**.
4. Suministrar **comprobante de ingresos** en una de las siguientes formas:
 - a. Haga copias de los **voluntarios del pago salarial de un mes** si usted recibe la misma suma todas las semanas, o
 - b. Pida a su empleador que complete la **Solicitud de Información del Empleador (Formulario CS-560U)** en caso de no tener los voluntarios del pago salarial de un mes o, si usted recibe un pago diferente todas las semanas.
5. Suministre comprobantes de cualquier beneficio de seguridad social o pagos de soporte infantil que usted reciba.
6. Obtenga una carta de un médico o psicólogo declarando que un niño de 13 años de edad o mayor necesita atención debido a que él/ella no está capacitado para cuidar de sí mismo(a).
7. **Envíe su solicitud y otros materiales lo más rápido posible** en el sobre adjunto o, si no tiene dicho sobre, a la siguiente dirección:

**TRANSITIONAL CHILD CARE
ADMINISTRATION FOR CHILDREN'S SERVICES
109 EAST 16TH STREET, 10th Floor
NEW YORK, NY 10003**

Usted es elegible si:

- ♦ Es soltero(a) y, o se encuentra en un hogar de 2 padres y ambos padres están trabajando.
- ♦ Su caso de asistencia pública está **CERRADO**
- ♦ Usted tenía asistencia pública por al menos 3 a 6 meses antes que su caso fuera cerrado.
- ♦ Usted es elegible debido a ingresos (por ej.: una familia de 3 miembros puede ganar hasta \$2,387 por mes).
- ♦ Sus hijos tienen menos de 13 años de edad. Los niños por encima de 13 años que están física o mentalmente incapacitados de cuidar por sí mismos, también son elegibles (se debe suministrar documentación).
- ♦ Los arreglos para la asistencia de su hijo(a) son aprobados por el programa.

***Los beneficios de atención infantil transitoria están disponibles solamente por hasta un año con posterioridad al cierre de su caso.**

El Programa de Atención Infantil Transitoria lo ayudará a mantener su empleo!

FELICITACIONES!

(Incluido en el paquete de Beneficios Transitorios.)

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
				<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 FIRST NAME *M.I.* *CHILD CARE PROVIDER LAST NAME*

in the amount of \$ _____ per week.

Your provider(s) must submit a monthly attendance form (ACSI) to the ACS 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 Administration for Children's Services (ACS) 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.

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 **830 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oa/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:

Print Name: _____ Case Number: _____
FIRST NAME M.I. LAST NAME

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____

Caso Número: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Cantidad de Casos: _____

Número de Teléfono de FH&C: _____

Aviso de Elegibilidad para Beneficios de Atención Infantil Transitoria

Usted satisface los criterios de elegibilidad para los beneficios de Atención Infantil Transitoria. Sus beneficios de Atención Infantil Transitoria son efectivos desde: _____ hasta _____ mientras esté empleado.

Los pagos de atención infantil serán emitidos directamente para:

Primer nombre del proveedor *Inicial 2do nombre* *Apellido del proveedor*
 Los pagos serán suministrados en nombre de:

Niño(s)	Proveedor	Por la suma de	En Vigencia	Seleccione uno <input checked="" type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> parcial
				<input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> parcial
				<input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> parcial
				<input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> parcial
				<input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> parcial
				<input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> parcial

Usted es responsable por una parte de la familia, que debe ser pagado a

Primer nombre del proveedor *Inicial 2do nombre* *Apellido del proveedor*

En la suma de \$ _____ por semana.

Su proveedor(es) debe enviar un formulario de asistencia mensual (ACSI) a la Unidad de Pagos de Cupones de ACS.

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

- Notificar a la Unidad de Atención Infantil Transitoria al (212) 835-7681 inmediatamente en caso de cualquier cambio en el ingreso familiar, personas viviendo en su casa, arreglos por empleo de la atención infantil o cualquier otro cambio que pueda afectar su elegibilidad o la suma de su beneficio.
- Pagar oportunamente cualquier parte familiar.
- En caso de estar realizando la transición de asistencia temporaria, debe perseguir activamente un pedido de soporte infantil y modificaciones como sea requerido.
- Cerca del final del período de 12 meses de beneficios de Atención Infantil Transitoria, recibirá una carta para la reunión con la Administration for Children's Services (Administración de Servicios a la Niñez) (ACS) para redeterminar su elegibilidad para los beneficios de atención infantil a través de fondos públicos.

La ley(es) y/o regulación(es) que nos permite(n) realizar esto es/son la 18NYCRR § 415.3, 414.4, 415.7.

FIRMA DEL TRABAJADOR/JOS

FECHA

FIRMA DEL SUPERVISOR

FECHA

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN, ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN DE CONFERENCIA Y AUDIENCIA JUSTA EN ESTA NOTIFICACIÓN PARA SABER CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.

Información de Conference and Fair Hearing (Conferencia y Audiencia Justa)

CONFERENCIA

Si usted piensa que nuestra decisión es equivocada, o si no entiende dicha decisión, por favor llámenos para fijar una conferencia (una reunión informal con nosotros). Para esto, llame a la unidad de Conference and Fair Hearing (Conferencia y Audiencia Justa) (FH&C), al número de teléfono en la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección de la misma página. A veces esta es la forma más rápida de resolver un problema. Le recomendamos hacer esto incluso aunque haya pedido una Audiencia Justa. Si usted pide una conferencia, todavía tiene derecho a una Audiencia Justa.

AUDIENCIA JUSTA DEL ESTADO

Cómo pedir una Audiencia Justa: Si usted piensa que la decisión(es) que estamos tomando es/son incorrecta(s), puede solicitar una Audiencia Justa del Estado por teléfono, por escrito, fax, en persona o en línea.

- (1) **TELÉFONO:** (800) 342-3334 (Por favor tenga esta notificación a mano cuando llame)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de toda la notificación, con la sección "Solicitud de Audiencia Justa" completa, para:

**Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. BOX 1930
Albany, NY 12201**

(Por favor mantenga una copia para usted)

- (3) **FAX:** Envíe un fax con la copia completa de la notificación, con la sección "Solicitud de Audiencia Justa" completa al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia completa de la notificación, con la sección "Solicitud de Audiencia Justa" completa a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance en: **14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, tercer piso, Manhattan**
- (5) **EN LÍNEA:** Complete la solicitud en línea en: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué puede esperar en una Audiencia Justa: El Estado le enviará un aviso informándole cuándo y dónde será mantenida la Audiencia Justa. En la audiencia, usted tendrá el chance de explicar por qué usted considera que la decisión es incorrecta. Para ayudarlo a explicar su caso, usted puede traer a la audiencia un abogado y/o testigos tales como parientes o un amigo, y/o dar al Oficial de la Audiencia cualquier documentación escrita relacionada a su caso, tales como: tolonarios de pago, rentas, recibos, cuentas o declaraciones médicas, etc. Si no puede asistir usted mismo, puede enviar a una persona en su lugar. En el caso de enviar a dicha persona a la Audiencia, sin ser su abogado, debe proveerla de una carta para exhibir frente al Oficial de Audiencia demostrando que usted desea ser representado por ella. En la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden realizar preguntas a los testigos que nosotros presentamos, o que usted presenta, para explicar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratuita, puede obtenerla contactando su Sociedad de Ayuda Legal local u otros grupos legales de abogados. Puede localizar su Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogados más cercanos, consultando las Páginas Amarillas en la sección "Abogados."

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarse a estar preparado para la audiencia, usted tiene derecho de revisar sus archivos de caso. Si llama, escribe o nos envía un fax, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos existentes en sus archivos que usted crea que puede necesitar para prepararse para su Audiencia Justa. Para pedir documentos o averiguar como revisar su archivo, llame al **(718) 722-5018** o escriba a **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si usted desea copias de documentos existentes en su archivo de caso, debe pedirlos con anticipación. Ellas le serán suministradas dentro de un tiempo razonable con anterioridad a la fecha de la audiencia. Los documentos le serán enviados por correo postal, solamente en el caso en que lo solicite específicamente.

INFORMACIÓN: Si usted desea más información acerca de su caso, cómo pedir una Audiencia Justa, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias de documentos adicionales, llame o escribanos al número de teléfono/dirección detallados en la página 1 de esta notificación.

SOLICITUD DE AUDIENCIA JUSTA

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revea nuestra decisión, debe pedir una Audiencia Justa dentro de los sesenta (60) días desde la fecha de la notificación de las cuestiones de atención infantil.

Si usted no puede contactar a la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y de Discapacidad) por teléfono, fax, en persona, o en línea, por favor escriba o pida una Audiencia Justa antes de la fecha límite.

Deseo una Audiencia Justa. La decisión de la Agencia es incorrecta porque:

Nombre en letra de Imprenta: _____ Caso Número: _____
NOMBRE INICIAL APELLIDO
2º NOMBRE

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

CONGRATULATIONS ON YOUR JOB!

Did you know that when your Public Assistance case closes because you are working, you may be eligible for:



TRANSITIONAL MEDICAID

If your family's case closes for employment reasons, you can get up to one year of Medicaid coverage.



TRANSITIONAL CHILD CARE

You may be eligible for a program that will pay part of your registered, licensed or informal (babysitter) child care payments for up to one year. If you are found eligible for this program, **you will be required to retroactively pay fees to the provider for the time period between the date your public assistance case closed and the date you are found eligible for the program.** This fee is based on your gross income, family size and whether the children are in care full or part time.

(212) 835-7681



FINDING CHILD CARE

If you need help finding appropriate child care you can contact either the Child Care Resource and Referral Agencies and/or the ACS/Child Care Division.

Administration for
Children's Services (ACS)
/Child Care Division: **311**

Resource and
Referral Agencies: **(888) 469-5999**



CHILD HEALTH PLUS

You may be eligible for health insurance for your child(ren) up to their 19th birthday. This insurance covers immunization, doctor visits, emergency room visits, lab tests, prescriptions and more. For more information, call the number above.

(800) 698-4543



FOOD STAMP BENEFITS

An automated determination for continued Food Stamp Benefits will be done. You will receive a notice informing you of the decision on your case. If eligible, your Food Stamp Benefits will continue as a new Non-Public Assistance Food Stamp (NPA FS) case number or on your current Public Assistance case number. For further information about Food Stamp Benefits or to locate the NPA FS Center nearest you call 311.

(877) 472-8411



CHILD SUPPORT

If you are currently receiving child support payments, you will receive the full amount of any payments made by the absent parent when your public assistance case closes. Call the Office of Child Support Enforcement (OCSE) for information.

(212) 226-7125



HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM (HEAP)

You may be eligible to receive a grant, once per year, that helps you pay for heating fuel. Call for information about HEAP.

(800) 692-0557



LIFELINE TELEPHONE SERVICE

You may be eligible for low-cost telephone service. Call Verizon to inquire about Lifeline.

(800) 799-6874



EARNED INCOME TAX CREDIT (EITC)

Depending on your income, you may be eligible for money from the state and federal government. You must file tax forms to get this credit. Call the Internal Revenue Service (IRS) for more information about the Earned Income Tax Credit (EITC).

Federal:
(800) 829-1040

State:
(800) 225-5829

Most of these applications can be mailed in and many offices are open in the evening.

We want to help you keep your job. Good Luck!

CALL THE NUMBERS ABOVE TO LEARN MORE.

(Include in the Transitional Benefit package.)

¡FELICITACIONES POR SU EMPLEO!

Sabia usted que cuando su caso de Asistencia Publica se cierra debido a que esta trabajando, usted puede tener derecho a:



MEDICAID DE TRANSICIÓN

Si el caso de su familia se cierra por razones de empleo, usted puede obtener cobertura de Medicaid hasta por un año a traves.



CUI DADO INFANTIL DE TRANSICIÓN

Usted puede tener derecho a un programa que pague parte de su cuidado infantil registrado, acreditado o informal (niñera) hasta por un año. Si se determina que usted es elegible para este programa, **se requerirá que usted haga pagos retroactivos al proveedor por el periodo de tiempo entre la fecha de su caso de asistencia pública.**

(212) 835-7681

UBICACIÓN DE CUI DADO INFANTIL

Si usted necesita ayuda para ubicar cuidado infantil puede comunicarse con Las Agencias de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil y/o la Administración de Servicios para Niños (Administration for Children's Services – ACS)/Departamento de Cuidado Infantil.

Administración de
Servicios para Niños (ACS)/
Departamento de Cuidado Infantil: **311**

Agencias de
Recursos y
Referencias: **(888) 469-5999**



SALUD INFANTIL (CHILD HEALTH PLUS)

Usted puede tener derecho a seguro de salud para sus hijos hasta que cumplan 19 años de edad. Este seguro cubre inmunizaciones, visitas médicas, visitas emergencia, pruebas de laboratorio, recetas, y más. Para más información, llame al número que aparece más arriba.

(800) 698-4543



BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS

Se llevará a cabo una determinación automatizada con respecto a Beneficios de Cupones para Alimentos, y usted recibirá un aviso informándole de la decisión de su caso. Si usted es elegible, sus Beneficios de Cupones para Alimentos continuarán bajo un nuevo número de caso de No Asistencia Publica y Cupones para Alimentos (NPA FS) o en su número de caso actual de Asistencia Pública. Para más información sobre Cupones para Alimentos o para ubicar al Centro de NPA FS más cercano a usted llame at 311.

(877) 472-8411



MANUTENCIÓN DE NIÑOS

Si usted recibe actual mente pagos de manutención de niños, recibirá la cantidad completa de cualquier pago abonado por el/s/a padre/ madre ausente cuando se cierre su caso de asistencia pública. Llame a la Oficina de Aplicación de Manutención de Niños (OCSE) para más información.

(212) 226-7125



PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ENERGÍA DEL HOGAR (HEAP)

Usted puede tener derecho a recibir una concesión anual que le ayude a pagar facturas de combustible para calefacción. Llame para información sobre HEAP.

(800) 692-0557



SERVICIO DE TELÉFONO "LIFELINE"

Usted puede tener derecho a servicio de teléfono a bajo costo. Llame a Verizon para informarse acerca de "Lifeline."

(800) 799-6874

CRÉDITO TRIBUTARIO POR INGRESOS GANADOS (EITC)

Dependiendo de su ingreso, usted puede tener derecho a dinero de gobierno estatal y federal, pero debe llenar las planillas de impuestos sobre ingreso para obtener este crédito. Para más información acerca del Crédito Tributario por Ingresos Ganados (Earned Income Tax Credit – EITC) llame a la Oficina de Rentas Internas (Internal Revenue Service – IRS)

Federal:
(800) 829-1040

Estatat:
(800) 225-5829

**La mayoría de estas solicitudes se pueden enviar por correo, y hay muchas oficinas abiertas por la tarde.
Queremos ayudarle a conservr su empleo. ¡Buena Suerte!**

PARA OBTENER MÁS INFORMATION LLAME A LOS NÚMERO QUE APARECEN ARRIBA.

(Include in the Transitional Benefit package.)

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Caseload: _____

FH&C Telephone Number: _____

Notice of Ineligibility for Transitional Child Care Benefits

We have determined that you are ineligible for Transitional Child Care benefits for the reason or reasons explained below.

Your gross monthly income of \$ _____ exceeds the allowable limit for your family size of _____.

You have not provided us with the following documents: _____

Your public assistance case is active (open). You may be eligible for other child care benefits. Contact your Worker at the Job Center. Transitional Child Care benefits are available only to families who are working and whose public assistance cases are closed.

You are a two-parent household. Both parents must submit pay information if both parents are working. Otherwise, the nonworking parent is deemed available to care for the child(ren) unless that parent is physically or emotionally incapacitated. A recent doctor's note must be submitted, describing the condition, treatment and prognosis for recovery in such cases.

Your child care provider does not meet State/Agency guidelines.

The child(ren) for whom you are requesting child care payments is/are over 13 years of age.

You did not request child care assistance within the twelve-month period after your public assistance case closed.

You did not receive public assistance in three of the six months prior to your case closing.

Current income information is not on file for _____ . If you wish to have your case redetermined, please have your employer complete the enclosed **Request for Information from Employer (CS-560U)** then submit it with your application for **Child Care Subsidy (CS-925)**.

PARTICIPANT'S NAME

Current income information is not on file for _____ and child care was not in place at the time of case closing. If you have your child care provider complete the enclosed Child Care Provider form and have your employer complete the enclosed **Request for Information from Employer (CS-560U)**, you may resubmit your request for Transitional Child Care Benefits.

PARTICIPANT'S NAME

Other: _____

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are: 18 NYCRR § 415.2.

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:

Print Name: _____ Case Number: _____
 FIRST NAME M.I. LAST NAME

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Caso Número: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Cantidad de Casos: _____
Teléfono de FH&C: _____

Aviso de No Elegibilidad para Beneficios de Atención Infantil Transitoria

Hemos determinado que usted no es elegible para los beneficios de Atención Infantil Transitoria por la razón o razones que se explican a continuación.

- Su ingreso bruto mensual de \$ _____ excede el límite permisible para su tamaño de familia de _____.
- Usted no ha suministrado los siguientes documentos: _____

- Su caso de asistencia pública está activo (abierto). Puede ser elegible para otros beneficios de atención infantil. Contacte con su Asistente Social en el Centro de Trabajo. Los beneficios de Atención Infantil Transitoria están disponibles solamente para las familias que trabajan y cuyos casos de asistencia pública están cerrados.
- Usted pertenece a un hogar con 2 padres. Ambos padres deben enviar información de pago en caso que los dos estén trabajando. De lo contrario, el padre sin trabajo es considerado disponible para cuidar de los hijos a menos que ese padre esté física o emocionalmente incapacitado. Se debe enviar una nota reciente del profesional médico, describiendo la condición, tratamiento y pronóstico de recuperación, para dichos casos.
- Su proveedor de atención infantil no satisface las condiciones de la Agencia / Estado.
- El niño(s) para el cual está solicitando pagos de atención infantil tiene(n) más de 13 años de edad.
- Usted no solicitó asistencia de cuidado infantil dentro del período de 12 meses después que su caso de asistencia pública fue cerrado.
- Usted no recibió asistencia pública en tres de los seis meses anteriores al cierre de su caso.
- La información de ingresos actuales no está en el archivo de _____ y la atención infantil no estaba

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

determinada en el momento del cierre del caso. Si hizo completar el formulario de Proveedor de Atención Infantil adjunto por el proveedor de atención infantil de su hijo; y que su empleador completara la **Solicitud de Información del Empleador (CS-560U)**, puede re-enviar su solicitud de Beneficios de Atención Infantil Transitoria.

Otra: _____

La ley(es) y/o regulación(es) que nos permite(n) realizar esto es/son la 18NYCRR § 415.3, 414.4, 415.7.

Firma del Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN, ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN DE CONFERENCIA Y AUDIENCIA JUSTA EN ESTA NOTIFICACIÓN PARA SABER CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.

Información de Conference and Fair Hearing (Conferencia y Audiencia Justa)

CONFERENCIA

Si usted piensa que nuestra decisión es equivocada, o si no entiende dicha decisión, por favor llámenos para fijar una conferencia (una reunión informal con nosotros). Para esto, llame a la unidad de Conference and Fair Hearing (Conferencia y Audiencia Justa) (FH&C), al número de teléfono en la primera página de esta notificación o escribanos a la dirección de la misma página. A veces esta es la forma más rápida de resolver un problema. Le recomendamos hacer esto incluso aunque haya pedido una Audiencia Justa. Si usted pide una conferencia, todavía tiene derecho a una Audiencia Justa.

AUDIENCIA JUSTA DEL ESTADO

Cómo pedir una Audiencia Justa: Si usted piensa que la decisión(es) que estamos tomando es/son incorrecta(s), puede solicitar una Audiencia Justa del Estado por teléfono, por escrito, fax, en persona o en línea.

- (1) **TELÉFONO:** (800) 342-3334 (Por favor tenga esta notificación a mano cuando llame)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de toda la notificación, con la sección "Solicitud de Audiencia Justa" completa, para:

**Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. BOX 1930
Albany, NY 12201**

(Por favor mantenga una copia para usted)

- (3) **FAX:** Envíe un fax con la copia completa de la notificación, con la sección "Solicitud de Audiencia Justa" completa al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia completa de la notificación, con la sección "Solicitud de Audiencia Justa" completa a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance en: **14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, tercer piso, Manhattan**
- (5) **EN LÍNEA:** Complete la solicitud en línea en: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué puede esperar en una Audiencia Justa: El Estado le enviará un aviso informándole cuándo y dónde será mantenida la Audiencia Justa. En la audiencia, usted tendrá la chance de explicar por qué usted considera que la decisión es incorrecta. Para ayudarlo a explicar su caso, usted puede traer a la audiencia un abogado y/o testigos tales como parientes o un amigo, y/o dar al Oficial de la Audiencia cualquier documentación escrita relacionada a su caso, tales como: talones de pago, rentas, recibos, cuentas o declaraciones médicas, etc. Si no puede asistir usted mismo, puede enviar a una persona en su lugar. En el caso de enviar a dicha persona a la Audiencia, sin ser su abogado, debe proveerla de una carta para exhibir frente al Oficial de Audiencia demostrando que usted desea ser representado por ella. En la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden realizar preguntas a los testigos que nosotros presentamos, o que usted presenta, para explicar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratuita, puede obtenerla contactando su Sociedad de Ayuda Legal local u otros grupos legales de abogados. Puede localizar su Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogados más cercanos, consultando las Páginas Amarillas en la sección "Abogados."

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarse a estar preparado para la audiencia, usted tiene derecho de revisar sus archivos de caso. Si llama, escribe o nos envía un fax, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos existentes en sus archivos que usted crea que puede necesitar para prepararse para su Audiencia Justa. Para pedir documentos o averiguar como revisar su archivo, llame al **(718) 722-5018** o escriba a **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si usted desea copias de documentos existentes en su archivo de caso, debe pedir las con anticipación. Ellas le serán suministradas dentro de un tiempo razonable con anterioridad a la fecha de la audiencia. Los documentos le serán enviados por correo postal, solamente en el caso en que lo solicite específicamente.

INFORMACIÓN: Si usted desea más información acerca de su caso, cómo pedir una Audiencia Justa, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias de documentos adicionales, llame o escribanos al número de teléfono/dirección detallados en la página 1 de esta notificación.

SOLICITUD DE AUDIENCIA JUSTA

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revea nuestra decisión, debe pedir una Audiencia Justa dentro de los sesenta (60) días desde la fecha de la notificación de las cuestiones de atención infantil.

Si usted no puede contactar a la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y de Discapacidad) por teléfono, fax, en persona, o en línea, por favor escriba o pida una Audiencia Justa antes de la fecha límite.

Deseo una Audiencia Justa. La decisión de la Agencia es incorrecta porque:

Nombre en letra de Imprenta: _____ Caso Número: _____
NOMBRE INICIAL APELLIDO
2º NOMBRE

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Center / Office (Name, Number and Address)

[] []
[] []

Name (and C/O name if present) and Address:

Notice Date: _____

Case Number: _____

CIN: _____

Caseload: _____

Unit Name: _____

Worker Name: _____

Worker Telephone Number: _____

General Telephone Number for Questions or Help: _____

Agency IFH&C Conference Telephone Number: _____

SAMPLE

Notice of Delinquent Family Share for Child Care Benefits

This notice is to inform you that you are delinquent in making payment of your family share of \$ _____ per _____. The total amount overdue is \$ _____. You must pay the total amount overdue, or make satisfactory arrangements for payment of the overdue amount, no later than 30 days from the date of this notice to avoid the discontinuance of your Child Care benefits by this Agency.

Your overdue family share should be paid to:

CHILD CARE PROVIDER

If you need to arrange a payment plan, contact the child care provider listed above.

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

Failure to pay all of your family share, or make arrangements for payments that are satisfactory, will lead to a discontinuance of your child care benefits.

Centro / Oficina (Nombre, Número y Dirección)

[] []
[] []

Nombre (y persona a cargo, de haberla) y Dirección: Fecha del Aviso: _____

Numero del Caso: _____

CIN: _____

Carga de Casos: _____

Nombre de la Unidad: _____

Nombre del Trabajador: _____

Número de Teléfono del Trabajador: _____

Número de Teléfono General para Ayuda o Preguntas: _____

Número de Teléfono Conferencias AI&C/Agencia: _____

SAMPLE

Aviso de Retraso en Contribución Familiar para Beneficios de Cuidado Infantil

Por este aviso le comunicamos que usted esta retrasado en sus pagos de contribución familiar de \$ _____ por _____. La cantidad de la deuda atrasada es de \$ _____. Usted debe pagar cantidad de la deuda atrasada o hacer arreglos de pagos satisfactorios por el cantidad de la deuda atrasada a un máximo de 30 días a partir de la fecha en este aviso para evitar la discontinuación de sus beneficios de Cuidado Infantil de parte de esta Agencia.

Su contribución familiar de deuda atrasada deben pagarse a:

PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL

Si necesita hacer arreglos para un plan de pagos, comuníquese con su proveedor de cuidado infantil listado más arriba.

La(s) disposicion(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal forma es/son: 18 NYCRR § 404.6(0), 404.6(b), 415.7.

El no pagar toda su contribución familiar o no hacer arreglos de pagos considerados satisfactorios, puede resultar en la descontinuaación de sus beneficios de cuidad infantil.

Child Care Fact Sheet and Planner

You Have Many Options in Choosing Child Care!

Regulated Child Care

A regulated child care provider is licensed or registered by the Department of Health and Mental Hygiene (DOHMH) and conforms to health, fire and building codes. Workers must pass medical, character and criminal background **checks**.

Family Child Care: Up to six children (8 in some cases) may be cared for in the provider's home. No more than two children under two years of age – including the provider's own – are allowed.

Group Family Child Care: Two providers caring for up to 12 children (14 in some cases) in the home of one of the providers.

Child Care Centers: Teachers and other trained staff provide child care in a classroom setting.

School Age Child Care: Many family day care providers and day care centers serve children up to age 13. There are also free programs; many are located in schools. Talk to an ACS worker in your job center or call 311 to find a school age program in your area.

ACS Child Care Centers: The Administration for Children's Services Division of Child Care and Head Start contracts with centers and family day care networks to provide regulated child care. Each program has an educational component to promote school readiness. Parents should call 311 for help locating a vacancy in an ACS Child Care Center.

Need help finding child care in your area?

Workers at your Job Center can assist you in locating child care. Other resources include: the Child Care Resource and Referral Consortium (CCRRC) at (888) 469-5999.

For children with special needs, call CCRRC or Resources for Children with Special Needs, Inc. at (212) 677-4650.

Child Development Programs

Head Start is a federally-funded, comprehensive child development program that serves children ages three to five and their families. Head Start offers activities and educational programs to prepare children for school and help them succeed later in life. Talk to an ACS worker in your Job Center or call 311 to locate a Head Start program in your neighborhood.

Universal Pre-Kindergarten (UPK) is a comprehensive Department of Education pre-kindergarten program that provides children with a nurturing environment and educational experiences to promote positive early childhood development. Parents may choose a UPK program in a public school or a community-based program. Talk to an ACS worker in your Job Center or call 311 for more information.

Out-of-School Time (OST) programs for youth offered by the Department of Youth and Community Development provide a mix of academic support, sports and recreational activities, arts and cultural experiences at no cost after school, on weekends and during school vacations. Talk to an ACS worker in your Job Center or call 311 for more information.

Informal/Legally-Exempt Providers

Informal care is often provided by relatives, neighbors and friends. Informal providers may care for no more than two unrelated children under age seven at the same time for three or more hours per day in the provider's home. Parents and informal providers must complete a checklist about the health and safety of the home. Background checks and inspections of the informal provider's home may be required. The City of New York will pay these providers if they are unrelated or related to the children – but not if they are the parents or guardians of the children or on the same public assistance case.

Family Day Care Networks

Networks provide referrals and support to groups of family day care providers. Networks are not regulated and affiliation with a network is not a requirement.

For more information call the Department of Health and Mental Hygiene's Family Day Care Registration Office at (212) 280-9251.

There Are Long-Lasting Benefits of Quality Early Childhood Education

Early Childhood Experiences and Brain Development

- ◆ Early experiences from birth to age five affect the development of the brain and lay the foundation for intelligence, social and emotional health.
- ◆ Research tells us that children, even in the earliest months, have an amazing ability to learn.
- ◆ Children who are nurtured and stimulated during the first years of life are more prepared for kindergarten.

Long-Lasting Benefits of Early Childhood Education

- ◆ Enhanced language development.
- ◆ Higher academic achievement in both reading and math.
- ◆ Completion of more years of education.
- ◆ More likely to attend college.

What To Consider When Looking for Child Care and Early Childhood Education Programs

- ◆ **A low child-to-teacher ratio** determines how much attention your child will get and is key to good care. The younger the child, the more individualized attention is needed.
- ◆ **Training in early childhood development** assures that staff understand how children grow and learn so they can be more effective teachers and caregivers.
- ◆ **Relationships** that are warm and sensitive help children develop a positive sense of self and encourage them to respect and cooperate with others.
- ◆ **Curriculum and materials** contribute to the quality of early childhood programs in helping children use their developing language, thinking and motor skills.
- ◆ **A safe and healthy environment.**
- ◆ **Backup and supplemental child care**
Don't forget – make sure to plan backup child care for times when your main child care provider is sick or on vacation and for school breaks and summer vacations. You may need a supplemental provider if you choose a part-day Head Start or UPK program.
- ◆ Are all children under adult supervision at all times?
- ◆ How many other children will be with the child care provider? How many adult staff are with each group?
- ◆ What training does the provider have in child development and early childhood education?
- ◆ How many years of experience in child care does the provider have?
- ◆ Is the provider warm and caring toward children?
- ◆ Does the provider respect each child?
- ◆ What will my child learn from this child care provider?
- ◆ Are there plenty of toys, books and learning materials that offer challenging activities?
- ◆ Does the child care facility look clean?
- ◆ What are the health and safety procedures and policies for handling emergencies?
- ◆ Does the provider have a valid license or certificate?

Important Telephone Numbers

ACS Division of Child Care and Head Start	311
Child and Adult Care Food Program (CACFP)	(212) 835-7101
Child Care Automated Phone System (CAPS)	(800) 692-0699
Child Care Resource and Referral Consortium (CCRRC)	(888) 469-5999
Department of Health and Mental Hygiene	311
Early Childhood Professional Development Institute	(646) 344-7355
Children With Special Needs	(212) 677-4650
Transitional Child Care	(212) 835-7681

HOJA INFORMATIVA DE PLANIFICACION DE CUIDADO INFANTIL ¡Usted Dispone de Muchas Opciones respecto a Cuidado Infantil!

ATENCIÓN INFANTIL REGULADA

Un proveedor de atención infantil regulado está licenciado o registrado por el Departamento de Salud e Higiene (DOHMH) y cumple con los códigos de salud, incendio y edificación. Los Trabajadores deben pasar **verificaciones** médicas, de carácter y antecedentes criminales.

Atención Infantil Familiar:

Hasta seis niños (8 en algunos casos) pueden ser atendidos en el hogar del proveedor. No más de dos niños por debajo de los dos años de edad – incluyendo los propios del proveedor – están permitidos.

Atención Infantil Familiar en Grupo:

Dos proveedores atendiendo hasta 12 niños (14 en algunos casos) en el hogar de uno de los proveedores.

Centros de Atención Infantil:

Profesores y otras personas capacitadas suministran atención infantil en un ambiente de clases.

Atención Infantil en Edad Escolar:

Muchos proveedores de atención diaria familiar y centros de atención diaria atienden a niños de hasta 13 años de edad. Existen también programas gratuitos, muchos están localizados en escuelas. Entre en contacto con un asistente de ACS en su centro de trabajo o llame al 311 para encontrar un programa de edad escolar en su área.

Centros de Atención Infantil ACS:

La División de Atención Infantil y Programa Head Start de la Administración de Servicios a la Niñez (Administration for Children's Services) contrata con centros y redes de atención infantil diurna de familia para suministrar atención infantil regulada. Cada programa tiene un componente educacional para promover la disponibilidad escolar. Los padres deben llamar al 311 para conseguir ayuda en localizar una vacante en un Centro de Atención Infantil de ACS.

¿Necesita ayuda para encontrar atención infantil en su área?

Los asistentes en su Centro Laboral pueden asistirlo a localizar atención infantil. Otros recursos incluyen: El Child Care Resource and Referral Consortium (CCRRC) en el (888) 469-5999.

Para Niños con Necesidades Especiales, llame al CCRRC o Resources for Children with Special Needs, Inc, al (212)

PROGRAMAS DE DESARROLLO INFANTIL

Head Start es un extenso programa de desarrollo infantil financiado federalmente que atiende a niños de tres a cinco años y sus familias. Head Start ofrece actividades y programas educacionales para preparar niños para la escuela y ayudarlos a tener éxito más tarde en sus vidas. Entre en contacto con un asistente de ACS en su Centro Laboral o llame al 311 para localizar un programa Head Start en su barrio.

Universal Pre-Kindergarten (Pre-Jardín de Infantes Universal) (UPK) es un extenso programa pre-jardín de infantes que brinda a los niños un ambiente de cuidado y protección y experiencias educacionales para promover el desarrollo positivo temprano de la niñez. Los padres pueden elegir un programa UPK en una escuela pública o un programa basado en la comunidad. Entre en contacto con un asistente de ACS en su Centro Laboral o llame al 311 para más información.

Tiempo Fuera de la Escuela (OST), son los programas ofrecidos por el Departamento de la Juventud y Desarrollo Comunitario brindando una mezcla de soporte académico, deportes y actividades recreativas, artes y experiencias culturales sin costo después de la escuela, los fines de semana y durante las vacaciones escolares. Entre en contacto con un asistente de ACS en su Centro Laboral o llame al 311 para más información.

PROVEEDORES INFORMALES / LEGALMENTE EXENTOS

La **atención informal** es a menudo suministrada por parientes, vecinos y amigos. Los proveedores informales pueden atender a no más de dos niños sin parentesco por debajo de los siete años de edad al mismo tiempo durante tres o más horas por día en el hogar del proveedor. Los padres y proveedores informales deben completar una lista de verificación acerca de la salud y seguridad del hogar. Verificaciones de fondo e inspecciones del hogar del proveedor informal son requeridas. La Ciudad de Nueva York pagará a estos proveedores sea que ellos tienen o no parentesco con los niños - aunque no puede pagar si ellos son los padres o tutores de niños en el mismo caso de asistencia pública.

REDES DE ATENCIÓN DIARIA DE FAMILIA

Las **Redes** brindan recomendaciones y soporte a grupos de proveedores de atención diurna de familia. Las redes no están reguladas y la afiliación a una red no es obligatoria.

Para más información llame la Oficina de Registro de Atención Diurna de Familia del Departamento de Salud e Higiene Mental al (212) 280-9251.

EXISTEN BENEFICIOS DE LARGA DURACIÓN DE LA EDUCACIÓN DE CALIDAD DE LA NIÑEZ TEMPRANA

Experiencias de Niñez Temprana y Desarrollo Cerebral

- ♦ Las experiencias tempranas desde el nacimiento hasta los cinco años de edad afectan el desarrollo del cerebro y fijan las bases para la salud emocional, social, y la inteligencia.
- ♦ La investigación nos dice que los niños, incluso en los meses más tempranos, tienen una sorprendente capacidad de aprendizaje.
- ♦ Los niños que son protegidos y atendidos y estimulados durante los primeros años de vida están más preparados para el jardín de infantes.

Beneficios de Larga Duración de Educación de Niñez Temprana

- ♦ Desarrollo aumentado del lenguaje.
- ♦ Logros académicos más altos en lectura y matemáticas.
- ♦ Más años de educación completados.
- ♦ Mayor probabilidad de asistir a la universidad.

QUÉ CONSIDERAR AL BUSCAR ATENCIÓN INFANTIL Y PROGRAMAS DE EDUCACIÓN DE LA NIÑEZ TEMPRANA

- ♦ **Un índice bajo de niño a profesor** determina cuánta atención su niño obtendrá y es clave para la buena atención. Cuando más joven es el niño, mayor atención individualizada es necesaria.
- ♦ **Capacitación en el desarrollo temprano de la niñez** asegura que el personal entiende cómo los niños crecen y aprenden de forma que ellos pueden ser profesores y cuidadores más eficaces.
- ♦ **Las relaciones** que son cálidas y sensibles ayudan a los niños a desarrollar un sentido positivo de sí mismos y los estimula a respetar y cooperar con otros.
- ♦ **Currículum y materiales** contribuyen a la calidad de programas de la niñez temprana ayudando a los niños en el desarrollo del lenguaje, el pensamiento y la capacidad motora.
- ♦ **Un ambiente saludable y seguro**
- ♦ **Respaldo y atención infantil suplementaria**
- ♦ No olvide – asegúrese de planificar atención infantil de respaldo para el momento en que su proveedor de atención infantil principal esté enfermo o de vacaciones y para recesos escolares y vacaciones de verano. Usted puede necesitar un proveedor extra si elige un programa UPK o Head Start de medio día.
- ♦ ¿Están los niños bajo supervisión adulta en todo momento?
- ♦ ¿Cuántos otros niños estarán con el proveedor de atención infantil? ¿Cuántos adultos del personal están con cada grupo?
- ♦ ¿Qué entrenamiento tiene el proveedor en desarrollo infantil y educación de la niñez temprana?
- ♦ ¿Cuántos años de experiencia en atención infantil tiene el proveedor?
- ♦ ¿Es el proveedor cálido y protector con los niños?
- ♦ ¿El proveedor es respetuoso con los niños?
- ♦ ¿Qué es lo que mi hijo(a) aprenderá con este proveedor de atención infantil?
- ♦ ¿Existen cantidades de juguetes, libros y materiales de aprendizaje ofreciendo actividades estimulantes?
- ♦ ¿El establecimiento de atención infantil se ve limpio?
- ♦ ¿Cuáles son los procedimientos de seguridad y salud, y las normas de manejo de emergencias?
- ♦ ¿Tiene el proveedor un certificado o licencia válidos?

NÚMEROS IMPORTANTES DE TELÉFONO

ACS Division of Child Care and Head Start (División de Atención Infantil y Programa Head Start de ACS)	311
Child and Adult Care Food Program (CACFP) (Programa Alimentario de Atención Infantil y Adultos)	(212) 835-7101
Child Care Automated Phone System (CAPS) (Sistema Telefónico Automatizado de Atención Infantil)	(800) 692-0699
Child Care Resource and Referral Consortium (CCRRC) (Recurso de Atención Infantil y Consorcio de Recomendación)	(888) 469-5999
Department of Health and Mental Hygiene (Departamento de Salud e Higiene Mental)	311
Early Childhood Professional Development Institute (Instituto de Desarrollo Profesional de la Niñez Temprana)	(646) 344-7355
Children With Special Needs (Niños con Necesidades Especiales)	(212) 677-4650
Transitional Child Care (Atención Infantil Transitoria)	(212) 835-7681



AUTHORIZATION FOR CHILD CARE PAYMENT

We will pay child care fees for the following children:

1. Child's Name: _____ Date of Birth: _____
month day year

2. Child's Name: _____ Date of Birth: _____
month day year

3. Child's Name: _____ Date of Birth: _____
month day year

Name of Parent or Legal Guardian: _____

Case Number: _____

Eligibility for Child Care Determined on: _____
month day year

To the Child Care Provider:

You will be paid (up to the maximum amount allowed by New York State) for caring for the children above for as long as the parent or guardian above remains eligible.

All parents and guardians who receive subsidized child care are required to be involved in a work activity. If parents or guardians discontinue their work activity, they are no longer eligible for child care. If that happens, we will send you a letter, advising you that you should discontinue your services as of the effective date on the termination letter.

Make sure this authorization is signed. HRA cannot pay for child care if the parent or guardian is not eligible.

Authorized HRA Worker: _____
(please print)

Title: _____ Center: _____

Telephone Number: _____ Date: _____

Signed: _____
(HRA Signature)



AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE CUIDADO PARA NIÑOS

Nosotros pagaremos cargos de cuidado para niños para el(los) siguiente(s) niño(s):

1. Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____
mes día año

2. Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____
mes día año

3. Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____
mes día año

Nombre del (de la) Padre/Madre o Guardian Legal: _____

Número del Caso: _____

Elegibilidad de Cuidado para Niño Determinada el: _____
mes día año

Para el Proveedor de Cuidado para Niños:

Se le pagará (hasta la cantidad máxima permitida por el Estado de Nueva York) para cuidar por los niños mencionados arriba por el tiempo que los padres o guardián mencionado arriba permanezca elegible.

Todos los padres y guardianes que reciben cuidado para niños subsidiado son requeridos, a estar involucrados en una actividad de trabajo. Si los padres o guardianes descontinúan su actividad de trabajo, no son ya elegibles para cuidado de niños. Si eso sucede, le enviaremos una carta, notificándole que debe discontinuar sus servicios a partir de la fecha efectiva en la carta de terminación.

Asegúrese que esta autorización sea firmada. La HRA no puede pagar por cuidado para niños si el padre/madre o guardián no es elegible.

Trabajador(a): _____
(favor de escribir en letras de molde)

Título: _____ Centro: _____

Número de Teléfono: _____ Fecha: _____

Firmado: _____
(Firma de la HRA)



Child Care Provider Income Verification Letter

This letter verifies that:

Mr./Ms. _____ currently residing at
Child Care Provider First Name M.I. Child Care Provider Last Name

Provider's Address: _____
Address Line 1

Address Line 2

City State Zip Code

Provider's Telephone Number: _____, has received or will receive income as a
 full-time part-time child care provider by HRA on behalf of one or more HRA-eligible families.*

Mr./Ms. _____ is projected to receive
Child Care Provider First Name M.I. Child Care Provider Last Name
\$ _____ ** per month for his/her child care services.

Child care provider **start** date: _____

Child care provider **end** date: _____

Child Care Provider Payment History

Month/Year	Amount

Prepared by:

Worker's Name (please print)

Title

Worker's Signature

Date

Telephone Number

*The child care provider listed above is an independent contractor, not an employee of the Human Resources Administration (HRA) of the City of New York.

**This amount may fluctuate based on the number of days per month child care services are rendered.



DO YOU WANT CHILD CARE PAYMENTS NOW THAT YOUR CASE IS CLOSED?

THEN YOU MUST:

1. Complete an "**Application for Transitional Child Care Payments**" (**W-560A**). Be sure to complete, sign, and date the form.
2. Have your child care provider (registered/licensed or babysitter) fill out the, "**Transitional Child Care Provider Form**" (**W-560AA**).
3. Get **proof of your babysitter's address** (see "Important Information" sheet) or a **copy of your regulated provider's license or certificate**.
4. Provide **proof of your income** in one of the following ways:
 - a) Make copies of **one month's paycheck stubs** if you make the same amount each week, **or**
 - b) Have your employer fill out the **Request for Information From Employer (Form W-560U)** if you do not have one month's pay stubs or, if you are paid a different amount each week.
5. Provide proof of any social security benefits or child support payments you receive.
6. Get a letter from a physician or psychologist stating that a child 13 years of age or older needs care because s/he is physically unable to care for herself/himself.
7. **Mail your application and other materials right away** in the enclosed envelope or, if you do not have the envelope, mail to:

TRANSITIONAL CHILD CARE
HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION
109 E. 16TH STREET 6th Floor
NEW YORK, NY 10003

You are eligible if:

- You are working and your public assistance case is **CLOSED**.
- You were getting public assistance for at least 3 of the 6 months before your case closed.
- You are income eligible (e.g., a family of 3 can earn up to \$2,387 per month).
- Your children are under 13 years old. Children over 13 who are physically or mentally incapable of caring for themselves are also eligible.
- Your child care arrangements are approved by the program.

***Transitional Child Care benefits are only available for up to one year after your case closes.**

The Transitional Child Care Program will help you keep your job!

CONGRATULATIONS!

¿QUIERE USTED PAGOS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS AHORA QUE SU CASO ESTA CERRADO?

ENTONCES USTED TIENE QUE:

1. Completar una "**Solicitud Para Pagos de Cuidado para Niños de Transición**" (W-560A). Asegurese de completar, firmar y fechar el formulario.
2. Hacer que su proveedor de cuidado para niños (registrado/licenciado o niñera) llene el "**Formulario del Proveedor Para el Cuidado para Niños de Transición**" (W-560AA).
3. Obtener **prueba de la dirección residencial de su niñera** (vea la hoja, "Información Importante") o **una copia de la licencia o el certificado de su proveedor reglamentado**.
4. Proveer **prueba de su ingreso** de una de las siguientes maneras:
 - a) Haga copias de **sus talones de pago de un mes**, si a usted gana la misma cantidad cada semana, **o**
 - b) Si usted no tiene talones de pago por la duración de un mes o si le pagan una cantidad diferente cada semana, haga que su patrono llene un **Formulario de Petición de Información del Patrono (Formulario W-560U)**.
5. Proveer prueba de cualquier pago de beneficio de seguro social o pago para la manutención de niños que usted reciba.
6. Si es apropiado una carta de un Médico o Psicólogo que declare que su hijo(a) de 13 años de edad o mayor necesita cuidado debido a que el/ella es físicamente incapaz de valerse por sí mismo(a).
7. **Envíar por correo inmediatamente su solicitud y otros documentos** en el sobre incluso, o si no tiene el sobre, envíe por correo a:

TRANSITIONAL CHILD CARE
HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION
109 E. 16TH STREET 6th Floor
NEW YORK, NY 10003

Usted es elegible si:

- Usted está trabajando y su caso de asistencia pública es **CERRADO**.
- Usted estaba recibiendo asistencia pública por lo menos 3 de los 6 meses anteriores a que su caso fue cerrado.
- Su ingreso califica (por ejemplo, una familia de 3 puede ganar hasta \$2,387 por mes).
- Sus niños son menores de 13 años de edad. Niños de 13 años o más que son mental o físicamente incapaces de cuidarse por si solos también son elegibles.
- Sus arreglos para el cuidado de niños son aprobados por este programa.

***Los Beneficios para el Cuidado Para Niños De Transición están disponibles solamente hasta un año despues de que su caso cierre.**

¡El Programa Para El Cuidado Para Niños De Transición le ayudará a mantener su trabajo!

¡FELICITACIONES!



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(ren)	Child Care Provider			Effective	Check <input checked="" type="checkbox"/> One
	First Name	M.I.	Last Name		
					<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

Payments will be provided on behalf of the following:

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)

OBSOLETE

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:

OBSOLETE

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 _____ la cantidad de \$ _____ a la semana.
 Nombre del Proveedor I. Apellido del Proveedor

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)

OBSOLETE

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. 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 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:

OBSOLETE

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

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____



CONGRATULATIONS ON YOUR JOB!

Did you know that when your **Public Assistance** case closes because you are working, you may be eligible for:



TRANSITIONAL MEDICAID

(212) 835-7681

If your family's case closes for employment reasons, you can get up to one year of Medicaid coverage through the Work Related Benefit Program.



TRANSITIONAL CHILD CARE

(212) 835-7681

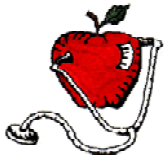
You may be eligible for a program that will pay part of your registered, licensed or informal (babysitter) child care payments for up to one year. If you are found eligible for this program, you will be required to retroactively pay fees to the provider for the time period between the date your public assistance case closed and the date you are found eligible for the program. This fee is based on your gross income, family size and whether the children are in care full or part time.



FINDING CHILD CARE

Administration for Children's Services (ACS)/Child Care Division: 311
Resource and Referral Agencies: (888) 469-5999

If you need help finding appropriate child care you can contact either the Child Care Resource and Referral Agencies and/or the ACS/Child Care Division.



CHILD HEALTH PLUS

(800) 698-4543

You may be eligible for health insurance for your child(ren) up to their 19th birthday. This insurance covers immunization, doctor visits, emergency room visits, lab tests, prescriptions and more. For more information, call the number above.



FOOD STAMP BENEFITS

(877) 472-8411

An automated determination for continued Food Stamp Benefits will be done. You will receive a notice informing you of the decision on your case. If eligible, your Food Stamp Benefits will continue under a new Non-Public Assistance Food Stamp (NPA FS) case number or on your current Public Assistance case number.

For further information about Food Stamp Benefits or to locate the NPA FS Center nearest you call 311.



CHILD SUPPORT

(212) 226-7125

If you are currently receiving child support payments, you will receive the full amount of any payments made by the absent parent when your public assistance case closes. Call the Office of Child Support Enforcement (OCSE) for information.



HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM (HEAP)

(800) 692-0557

You may be eligible to receive a grant, once per year, that helps you pay for heating fuel. Call for information about HEAP.



LIFELINE TELEPHONE SERVICE

(800) 799-6874

You may be eligible for low-cost telephone service. Call Verizon to inquire about Lifeline.

Federal: (800) 829-1040

State: (800) 225-5829



EARNED INCOME TAX CREDIT (EITC)

Depending on your income, you may be eligible for money from the state and federal government. You must file tax forms to get this credit. Call the Internal Revenue Service (IRS) for more information about the Earned Income Tax Credit (EITC).

Most of these applications can be mailed in and many offices are open in the evening.
We want to help you keep your job.

GOOD LUCK!
CALL THE NUMBERS ABOVE TO LEARN MORE.



¡FELICITACIONES POR SU EMPLEO!

Sabía usted que cuando su caso de Asistencia Pública se cierra debido a que está trabajando, usted puede tener derecho a:



MEDICAID DE TRANSICIÓN

Si el caso de su familia se cierra por razones de empleo, usted puede obtener cobertura de Medicaid hasta por un año a través del Programa de Beneficios Relacionados con el Empleo (Work Related Benefits Program).

(212) 835-7681



CUIDADO INFANTIL DE TRANSICIÓN

Usted puede tener derecho a un programa que pague parte de su cuidado infantil registrado, acreditado o informal (niñera) hasta por un año. Si se determina que usted es elegible para este programa, se requerirá que usted haga pagos retroactivos al proveedor por el período de tiempo entre la fecha de su caso de asistencia pública

(212) 835-7681

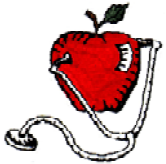


UBICACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

**Administración de Servicios para Niños(ACS)/Departamento de Cuidado Infantil:
Agencias de Recursos y Referencias:**

**311
(888) 469-5999**

Si usted necesita ayuda para ubicar cuidado infantil puede comunicarse con Las Agencias de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil y/o la Administración de Servicios para Niños (Administration for Children's Services – ACS)/Departamento de Cuidado Infantil.



SALUD INFANTIL (CHILD HEALTH PLUS)

Usted puede tener derecho a seguro de salud para sus hijos hasta que cumplan 19 años de edad. Este seguro cubre inmunizaciones, visitas médicas, visitas emergencia, pruebas de laboratorio, recetas, y más. Para más información, llame al número que aparece más arriba.

(800) 698-4543



BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS

Se llevará a cabo una determinación automatizada con respecto a Beneficios de Cupones para Alimentos, y usted recibirá un aviso informándole de la decisión de su caso. Si usted es elegible, sus Beneficios de Cupones para Alimentos continuarán bajo un nuevo número de caso de No Asistencia Pública y Cupones para Alimentos (NPA FS), o en su número de caso actual de Asistencia Pública.

(877) 472-8411

Para más información sobre Cupones para Alimentos o para ubicar al Centro de NPA FS más cercano a usted llame al 311.



MANUTENCIÓN DE NIÑOS

Si usted recibe actualmente pagos de manutención de niños, recibirá la cantidad completa de cualquier pago abonado por el/la padre/madre ausente cuando se cierre su caso de asistencia pública. Llame a la Oficina de Aplicación de Manutención de Niños (OCSE) para más información.

(212) 226-7125



PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ENERGÍA DEL HOGAR (HEAP)

Usted puede tener derecho a recibir una concesión anual que le ayude a pagar facturas de combustible para calefacción. Llame para información sobre HEAP.

(800) 692-0557



SERVICIO DE TELÉFONO "LIFELINE"

Usted puede tener derecho a servicio de teléfono a bajo costo. Llame a Verizon para informarse acerca de "Lifeline."

(212) 799-6874



CRÉDITO TRIBUTARIO POR INGRESOS GANADOS (EITC)

Dependiendo de su ingreso, usted puede tener derecho a dinero de gobierno estatal y federal, pero debe llenar las planillas de impuestos sobre ingreso para obtener este crédito. Para más información acerca del Crédito Tributario por Ingresos Ganados (Earned Income Tax Credit – EITC) llame a la Oficina de Rentas Internas (Internal Revenue Service – IRS)

**Federal: (800) 829-1040
Estatad: (800) 225-5829**

La mayoría de estas solicitudes se pueden enviar por correo, y hay muchas oficinas abiertas por la tarde. Queremos ayudarle a conservar su empleo.

**¡BUENA SUERTE!
PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN LLAME A LOS NÚMERO QUE APARECEN ARRIBA.**





Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Caseload: _____
FH&C Tel. Num.: _____

Notice of Ineligibility for Transitional Child Care Benefits

We have determined that you are ineligible for Transitional Child Care benefits for the reason or reasons explained below.

- Your gross monthly income of \$ _____ exceeds the allowable limit for your family size of _____ .
- You have not provided us with the following documents: _____

- Your public assistance case is active (open). You may be eligible for other child care benefits. Contact your Worker at the Job Center. Transitional Child Care benefits are available only to families who are working and whose public assistance cases are closed.
- You are a two-parent household. Both parents must submit pay information if both parents are working. Otherwise, the nonworking parent is deemed available to care for the child(ren) unless that parent is physically or emotionally incapacitated. A recent doctor's note must be submitted, describing the condition, treatment and prognosis for recovery in such cases.
- Your child care provider does not meet State/Agency guidelines.
- The child(ren) for whom you are requesting child care payments is/are over 13 years of age.
- You did not request child care assistance within the twelve-month period after your public assistance case closed.
- You did not receive public assistance in three of the six months prior to your case closing.
- Current income information is not on file for _____ . If you wish to have your
(participant's name)

case redetermined, please have your employer complete the enclosed Request for Information from Employer (W-560U) then submit it with your application for Transitional Child Care.

Current income information is not on file for _____ and child care was not in
(participant's name)

place at the time of case closing. If you have your child care provider complete the enclosed Child Care Provider form and have your employer complete the enclosed Request for Information from Employer (**W-560U**), you may resubmit your request for Transitional Child Care Benefits.

Other: _____

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are: 18 NYCRR § 415.2.

JOS/Worker's Signature

Date

Supervisor's Signature

Date

OBSOLETE

**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:

OBSOLETE

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: _____
Teléfono de FH&C: _____

Aviso de Ineligibilidad para Beneficios de Transición de Cuidado Infantil

Hemos determinado que usted no reúne los requisitos para recibir beneficios de Cuidado Infantil de Transición por la(s) razón(es) mencionadas a continuación.

Sus ingresos mensuales brutos de \$ _____ exceden el límite permisible dado el tamaño de su familia de _____.

Usted no nos ha proporcionado los siguientes documentos: _____

Su caso de asistencia pública sigue activo (abierto). Puede que usted tenga derecho a otro tipo de beneficios de cuidado infantil. Comuníquese con su Trabajador del Centro de Trabajo. Los pagos de Cuidado Infantil de Transición están disponibles solo para familias empleadas cuyos casos de asistencia pública estén cerrados.

Usted tiene un hogar de dos padres. Ambos padres deben someter información de ingresos, en caso que ambos trabajen. De otro modo, aquel de los padres que no trabaje se considera en disposición de cuidar el/los niño(s), a menos que esté incapacitado física o emocionalmente, en cuyo caso una nota médica reciente debe someterse detallando la condición, tratamiento, y pronóstico de su recuperación.

Su proveedor de cuidado infantil no satisface las pautas del Estado/de la Agencia.

El/los niño(s) por quien(es) se solicitan los pagos tiene(n) 13 años de edad o más.

Usted no ha solicitado asistencia de cuidado infantil dentro de los últimos 12 meses posteriores al cierre de su caso de asistencia pública.

Usted no recibió asistencia pública durante tres de los seis meses anteriores al cierre de su caso.

La información actual respecto a los ingresos de _____ no está en nuestros
(nombre del participante)

archivos. Si usted desea que su caso sea redeterminado, favor de pedirle a su empleador que llene el formulario adjunto Request for Information from Employer (**W-560U**) y preséntelo con su solicitud de Cuidado Infantil de Transición.

La información actual respecto a los ingresos de _____ no está en nuestros
(nombre del participante)

archivos y no había cuidado infantil establecido cuando el caso fue cerrado. Si usted desea presentar una nueva solicitud de Cuidado Infantil de Transición, pídale a su proveedor de cuidado infantil que llene el formulario adjunto Child Care Provider Form y a su empleador que llene el formulario adjunto Request for Information from Employer (**W-560U**).

Otra: _____

Las disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permite obrar de tal forma es/son 18 NYCRR § 415.2.

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 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:

OBSOLETE

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

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Notice Date: _____

Name (and C/O name if present) and Address:			Unit Name:
			Worker Name:
			Worker Telephone Number:
			General Telephone Number for Questions or Help:
Case Number:	CIN:	Caseload:	Agency/FH&C Conference Telephone Number:

Notice of Delinquent Family Share for Child Care Benefits

This notice is to inform you that you are delinquent in making payment of your family share of \$_____ per _____. The total amount overdue is \$_____.

You must pay the total amount overdue, or make satisfactory arrangements for payment of the overdue amount, no later than 30 days from the date of this notice to avoid the discontinuance of your Child Care benefits by this Agency.

Your overdue family share should be paid to:

(Child Care Provider)

If you need to arrange a payment plan, contact the child care provider listed above.

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

Failure to pay all of your family share, or make arrangements for payments that are satisfactory, will lead to a discontinuance of your child care benefits.

Fecha del Aviso: _____

Nombre (y persona a cargo, de haberla) y Dirección:			Nombre de la Unidad:
			Nombre del Trabajador:
			Número de Teléfono del Trabajador:
			Número de Teléfono General para Ayuda o Preguntas:
Número del Caso:	CIN:	Carga de Casos:	Número de Teléfono de Conferencias AI&C/Agencia:

Fold Here

Fold Here

Aviso de Retraso en Contribución Familiar para Beneficios de Cuidado Infantil

Por este aviso le comunicamos que usted está retrasado en sus pagos de contribución familiar de \$ _____ por _____. La cantidad de la deuda atrasada es de \$ _____. Usted debe pagar cantidad de la deuda atrasada o hacer arreglos de pagos satisfactorios por el cantidad de la deuda atrasada a un máximo de 30 días a partir de la fecha en este aviso para evitar la discontinuación de sus beneficios de Cuidado Infantil de parte de esta Agencia.

Su contribución familiar de deuda atrasada deben pagarse a:

(Proveedor de cuidado Infantil)

Si necesita hacer arreglos para un plan de pagos, comuníquese con su proveedor de cuidado infantil listado más arriba.

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

El no pagar toda su contribución familiar o no hacer arreglos de pagos considerados satisfactorios, puede resultar en la discontinuación de sus beneficios de cuidado infantil.

(See other side)