




OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN # 16-101-EMP (This Policy Bulletin Replaces PB #11-21-OPE)

INTRODUCTION TO NEW CHILD CARE NOTICE: NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (FIA-1100C)

Date:	Subtopic(s):
December 21, 2016	W-273YY, ACCIS
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform the Job Center staff of a new child care notice, the Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits (FIA-1100c) and the discontinuance of the Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits (W-273YY).</p> <p>The FIA-1100c informs the parent/guardian that the child care benefits provided by the Human Resources Administration (HRA) will be terminated and replaces the W-273YY. The FIA-1100c is generated from the Automated Child Care Information System (ACCIS) when child care is terminated due to changes in required employment activity that make the participant ineligible for child care benefits.</p> <p>Notices generated through the Client Notice System (CNS) for changes in case status that affect child care benefits now include information on the termination of child care benefits.</p> <p>With the inclusion of the discontinuance of child care in the CNS notice and the creation of the FIA-1100c, the W-273YY is no longer necessary and has become obsolete.</p> <p>Note: The FIA-1100c will not be used with CILOCA cases. Applicants that are denied CILOCA will be sent the Denial of Your Application for Child Care Benefits (OCFS-LDSS-4780) or the Action Taken on Your Application: Public Assistance, Supplemental Nutrition Assistance (SNAP) and Medical Assistance Coverage (NYC) (DSS-4013). Active CILOCA recipients that fail to recertify will be sent the Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits (OCFS-LDSS-4782). Refer to PD #16-04-ELI.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p>

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 Fax* or fax to: (917) 639-0298

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

Attachments:

FIA-1100c

Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits

FIA-1100c (S)

Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits (Spanish)

W-273YY

Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits (Timely and Adequate) (Obsolete)

Notice Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
ACCIS Number: _____
Caseload: _____
FH&C Phone: _____

Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits

This Agency intends to discontinue payment of your child care benefits, effective _____.
Date

The reason for this action is the Agency has determined that you are programmatically ineligible for child care because you are no longer participating in an approved work-related activity.

The regulations allowing us to do this are: 18 NYCRR § 385.4, 415.2, and 415.8.

SAMPLE

**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 (a conference is an 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, in 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 (and keep a copy for yourself) of this 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**

(3) FAX: Fax a copy of this entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
(518) 473-6735

(4) IN PERSON: Bring a copy of this 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:
14 Boerum Place, Brooklyn NY 11201

(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.

If you have a disability, and cannot travel, you may appear through a representative such as a friend, relative or lawyer. If your representative is not a lawyer, or an employee of a lawyer, your representative must bring the hearing officer a written letter, signed

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.

AVAILABILITY OF POLICY MATERIALS: The Office of Children and Family Services (OCFS) policy issuances are posted on the OCFS website at <http://ocfs.ny.gov/main/policies/external>. These policies are available to you or your representative to determine whether a fair hearing should be requested or to prepare for a fair hearing. In addition, upon request to HRA, specific HRA policy issuances are available to explain to you or your representative how the agency reached its determination. To request an HRA specific policy, call (718) 722-5012, or fax (718) 722-5018, or email CRO@hra.nyc.gov, or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**.

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 (SELECT ONE)

Do not stop my child care benefits until a fair hearing decision has been issued.

If you ask for a Fair Hearing within ten (10) days of the date of this notice, we will continue your child care benefits until a Fair Hearing decision is issued. If you ask for a conference only, and not a State Fair Hearing, your child care benefits will not continue.

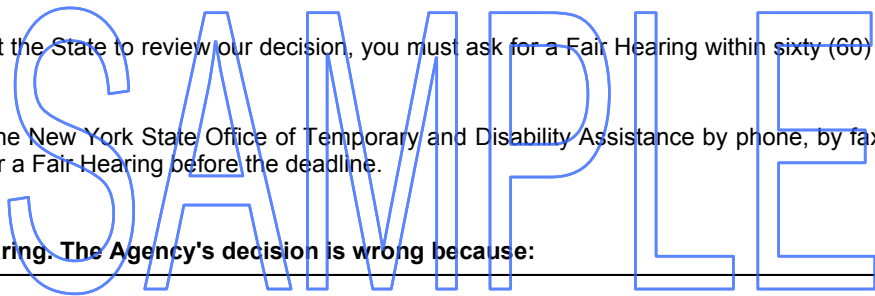
If you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any child care benefits that you received, but should not have received, while you were waiting for the Fair Hearing decision. If you ask for a Fair Hearing and you do not want your child care benefits to be restored while you wait for the decision to be issued, you must tell the State when you call for a Fair Hearing, OR check the box below and send back this notice.

I do not want my child care benefits restored while I wait for the Fair Hearing decision to be issued.

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 this notice.

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: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha del Aviso: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Número de ACCIS: _____
Unidad de Casos: _____
Teléfono de FH&C: _____

Aviso de la Intención de Discontinuar Beneficios de Cuidado Infantil

Esta Agencia tiene la intención de discontinuar el pago de sus beneficios de cuidado infantil, a partir del _____.
fecha

El motivo de esta medida es que la Agencia ha concluido que usted es programáticamente inelegible para cuidado infantil porque: usted ya no participa en una actividad aprobada relacionada con el trabajo.

Las reglas que nos permiten tomar esta medida son: 18 NYCRR § 385.4, 415.2, y 415.8.

SAMPLE

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

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera errónea nuestra decisión, o si no la entiende, por favor llámenos para programar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) en la **página 1** de este aviso, o escribanos a la dirección en la **página 1** de este aviso. A veces éste resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha solicitado 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 errónea(s) la(s) decisión(es) que estamos tomando, 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 al llamar.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia (y guarde una copia para sí mismo) de todo este 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**
- (3) **FAX:** Faxee una copia de todo este aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo este aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a la siguiente dirección: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.
- (5) **POR INTERNET:** Llene un formulario de petición electrónica en: <http://www.otda.state.ny.us/otah/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 errónea nuestra decisión. 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 esa 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.

Si usted padece una discapacidad, y no puede trasladarse, puede comparecer mediante un representante, o un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni es empleado de abogado, su representante debe traerle al funcionario de audiencias una carta escrita y firmada.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratuita, puede obtener tal asistencia al comunicarse con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede ubicar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercana al buscar 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 fax, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos de 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 fax, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por fax 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 solicitarlas con anticipación. Éstas se le proveerán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Se le enviarán por correo los documentos sólo si así los solicita específicamente.

DISPONIBILIDAD DE LOS MATERIALES DE POLÍTICA: Las expediciones de política de la Oficina de Servicios al Niño (OCFS) están publicados en el sitio Web de la OCFS en <http://ocfs.nyc.gov/main/policies/external>. Estas políticas están disponibles para que usted o su representante determinen si deben solicitar una Audiencia Imparcial o para prepararse para la misma. Además, previa solicitud a la HRA, hay disponibles expediciones concretas de política de la HRA, para explicarle a usted o a su representante cómo la agencia llegó a su determinación. Para solicitar una política concreta de la HRA, llame al **(718) 722-5012**, o envíe un fax al **(718) 722-5018**, o envíe correo electrónico a CRO@hra.nyc.gov, o escriba a **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

INFORMACIÓN: Si usted desea más información sobre su caso, cómo solicitar 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 **página 1** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL (SELECCIONE UNA CASILLA)

No cancelen mis beneficios de cuidado infantil hasta que se haya emitido una decisión de Audiencia Imparcial.

Si usted solicita una Audiencia Imparcial dentro de diez (10) días a partir de la fecha de este aviso, se continuarán sus beneficios de cuidado infantil, hasta que se emita la decisión de la Audiencia Imparcial. Si usted solicita sólo una conferencia, en vez de una Audiencia Imparcial Estatal, no se continuarán sus beneficios de cuidado infantil.

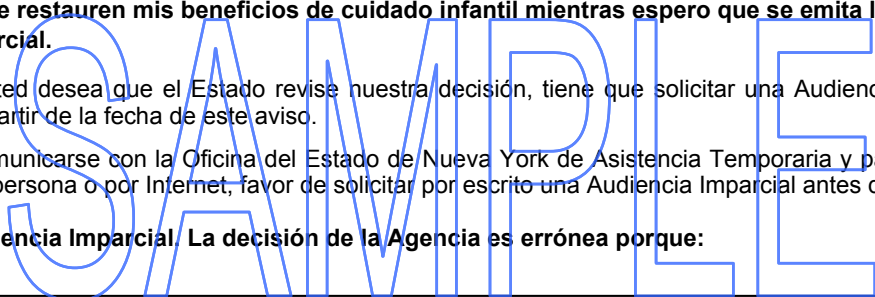
Si usted pierde la Audiencia Imparcial, tendrá que restituir cualquier beneficio de cuidado infantil que haya recibido sin derecho a ello, mientras esperaba la emisión de la decisión. Si solicita una Audiencia Imparcial y no desea que se restauren sus beneficios de cuidado infantil mientras espere la decisión de la Audiencia Imparcial, usted debe informar al Estado al llamar para una Audiencia Imparcial, O marcar la casilla a continuación y devolver este aviso.

No deseo que se restauren mis beneficios de cuidado infantil mientras espero que se emita la decisión de la 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.

Si usted no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Discapacitados por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de solicitar por escrito una Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

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



En Letras
de Molde: _____ Núm. del Caso: _____

Nombre I. Apellido

Dirección: _____
Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
ACCIS Number: _____
Caseload: _____
FH&C Phone: _____

Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits (Timely and Adequate)

This Agency intends to **discontinue** your payment of child care benefits, effective _____.

Date

The reason for this action is:

- Employment Sanction**
You have willfully and without good cause either failed to comply with or failed to report to a mandated work-related activity.
- Programmaticaly Ineligible***
 - You are not participating in a work-related activity.
 - Your child(ren) is/are no longer under the age of 13.
- Insufficient Documentation**
The documentation requested has not been provided to this Agency.

- Cash Assistance Case Closed****
Cash assistance cases closed for employment may be eligible for Transitional Child Care benefits.
- Financially Ineligible**
Your household income exceeds the limit for publicly funded child care.
- No Longer Employed**
You are no longer employed and therefore no longer entitled to Transitional Child Care benefits.

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are: 18 NYCRR § 404.1, § 404.5, § 415.2, § 415.3, § 415.7, § 415.8, and 18 NYCRR § 385.4.

*Children between the ages of 13 and 19 who have been identified as special needs are considered programmaticaly eligible for child care benefits.
Cash Assistance cases closed for employment may be eligible for Transitional Child Care benefits. Please call **(212) 835-7681 for more information.

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE ENCLOSED CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION
SECTION ON PAGES 2 AND 3 OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

(Vea al dorso)

Fecha: _____

Número de Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Número de ACCIS: _____

Unidad de Casos: _____

Teléfono de FH&C: _____

Aviso de la Intención de Discontinuar los Beneficios de Cuidado Infantil (Oportuna y Adecuadamente)

Esta Agencia tiene la intención de **discontinuar** su pago de beneficios de cuidado infantil, a partir de _____
Fecha

Esta medida se debe al siguiente motivo:

- Sanción de Empleo**
Usted no ha cumplido o no se ha presentado intencionalmente a una actividad de trabajo obligatoria.
- No Reune los Requisitos del Programa***
 - Usted no está participando en actividades de trabajo.
 - Su(s) niño(s) ya no tienen menos de 13 años de edad.
- Documentación Insuficiente**
La documentación solicitada a esta Agencia no ha sido proporcionada.

- Caso de Asistencia en Efectivo Cerrado****
Los casos de asistencia en efectivo cerrados por empleo pueden ser elegibles para beneficios de cuidado infantil de Transición.
- Económicamente Inelegible**
Los ingresos del hogar sobrepasan el límite de cuidado infantil subsidiado por el gobierno.
- Actualmente Desempleado**
Debido a que usted ya no está trabajando, no tiene derecho a beneficios de Cuidado Infantil de Transición.

Las leyes y/o disposiciones reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal forma son: 18 NYCRR § 404.1, 404.5, 415.2, 415.3, 415.7, 415.8, y 18 NYCRR § 385.4.

*A los niños con edad de 13 a 19 años a quienes se hayan reconocido tener alguna necesidad especial se les considera elegibles con respecto al programa para beneficios de cuidado infantil.

**Los casos de Asistencia en Efectivo cerrados por empleo pueden ser elegibles para beneficios de Cuidado Infantil de Transición. Favor de llamar al (212) 835-7681 para más información.

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN ADJUNTA DE INFORMACIÓN
SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
EN LAS PÁGINAS 2 Y 3 DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

(See reverse)

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: **14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201**.

(5) ONLINE: Complete an online request form at: <http://www.otda.ny.gov/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.

If you have a disability, and cannot travel, you may appear through a representative, either a friend, relative or lawyer. If your representative is not a lawyer, or an employee of a lawyer, your representative must bring the hearing officer a written letter, signed.

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."

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:
14 Boerum Place, Brooklyn, NY 11201.
- (5) POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:
<http://www.otda.ny.gov/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.

Si usted está incapacitado(a), y no puede transportarse, puede comparecer mediante un representante, ya sea un amigo, pariente o abogado. Si su representante no es abogado, ni empleado(a) de abogado, su representante debe traer una carta firmada al oficial de Audiencias Imparciales.

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).

(See reverse)

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.

OBSOLETE

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

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

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

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

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Si usted desea que el estado revise nuestra decisión, usted 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 puede comunicarse por teléfono, por fax, en persona, o por Internet con la Oficina de Asistencia Temporal y para incapacitados (Office of Temporary and Disability Assistance), favor de solicitar una Audiencia Imparcial por escrito antes de la fecha límite.

OBSOLETO

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

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

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____